

Versicherungsnummer: _____

A
Pflegebedürftige Person: _____
Vor- und Nachname *VP-Nr.*

Zur Rechnung benötigen wir immer auch folgende Angaben (bitte ausfüllen und mit der Rechnung einsenden):

| Verhinderungspflege Zeitraum (Tag/Monat/Jahr) | Grund der Verhinderung der Pflegeperson (z.B. Urlaub, Einkauf, Arztbesuch, ...) | Verhinderungszeiten der Pflegeperson (z.B. 0-24 Uhr, oder...) | Ersatzpflegekraft Name (bitte Rechnung beifügen) |
|---|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |
| | <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund | | |

Ort, Datum

*Unterschrift der **Pflegeperson****

*** Pflegeperson** – die Unterschrift muss durch die ständige Pflegeperson erfolgen, die durch o. g. Gründe an der Pflege verhindert ist; es darf nicht die Ersatzpflegeperson unterschreiben

Abschnitt B siehe Rückseite

Versicherungsnummer: _____

Versicherte/r: _____

B

Bestätigung der Ersatzpflegeperson an den Versicherer

Die für die Verhinderungspflege zu erstellende Rechnung muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Name und Anschrift der Ersatzpflegeperson
- Name und Versicherungsnummer der gepflegten Person
- Tagegenauer Zeitraum, in dem die Verhinderungspflege erbracht wurde
- Beschreibung der erbrachten Leistungen/Verrichtungen
- Angemessene Höhe der Kosten (Die Kosten dürfen im Durchschnitt nicht höher liegen als bei einem ortsansässigen Pflegedienst.)

Bitte beachten Sie: Einkünfte aus einer Pflgetätigkeit können steuer- und sozialabgabenpflichtig sein. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges Finanzamt oder an einen Angehörigen eines zur Steuerberatung zugelassenen Berufszweiges (z.B. Steuerberater).

Hiermit bestätige ich _____, wohnhaft
Vor- und Nachname der Ersatzpflegeperson

Anschrift, Postleitzahl und Ort der Ersatzpflegeperson

_____ gemäß umseitiger Auflistung gepflegt zu haben.
Vor- und Nachname der pflegebedürftigen Person

1. Ich lebe mit ihm/ihr in häuslicher Gemeinschaft: Ja Nein

2. Mit _____ stehe ich in folgender Beziehung:
Vor- und Nachname der pflegebedürftigen Person

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> Elternteil | <input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin |
| <input type="checkbox"/> Enkel/in | <input type="checkbox"/> Schwiegermutter/-vater | <input type="checkbox"/> Schwiegerkind |
| <input type="checkbox"/> Stiefeltern | <input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten | <input type="checkbox"/> Stiefgroßeltern |
| <input type="checkbox"/> Schwiegerenkel | <input type="checkbox"/> Stiefenkelkind | |

Ich bin mit _____ nicht bis zum 2. Grad verwandt oder
Vor- und Nachname der pflegebedürftigen Person
verschwägert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die vorstehenden Angaben. Sie sind vollständig und wahrheitsgemäß. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben geahndet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson