

Antwort per Telefax 0221 308-24444

oder per Post an

KE 3067

GothaerGothaer Krankenversicherung AG
Kundenservice Leistung
Pflegeversicherung
50598 Köln
Telefon 0221 308-22093
Telefax 0221 308-24444
E-Mail kv_leistung@gothaer.de
Internet www.gothaer.deGothaer Krankenversicherung AG
Kundenservice
50598 Köln

Antrag auf Kostenübernahme Verhinderungspflege

Versicherungsnummer

Name versicherte Person

Datum

Welche Person, die Sie bisher gepflegt hat, ist verhindert?

Name, Vorname: _____ Anschrift: _____

Ganztägige Verhinderung

Die vorgenannte Pflegeperson ist/war durchgehend vom _____ bis _____ verhindert.

Aus welchem Grunde?

 Urlaub/Erholung Krankheit Anderweitige Verhinderung, nämlich _____

Stundenweise Verhinderung

Die vorgenannte Pflegeperson ist/war nur stundenweise verhindert und zwar am

Datum	Stunden	Verhinderungsgrund
_____	für _____	_____
_____	für _____	_____
_____	für _____	_____

Weitere Tage bitte auf gesondertem Blatt in dieser Form dokumentieren. Bitte beachten Sie, dass ein Ausfall nur für Zeiten anerkannt werden kann, zu denen die Pflegeperson üblicherweise pflegt.

Nur bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes/einer Einrichtung ausfüllen:

Die Ersatzpflege wird/wurde erbracht durch eine

 ambulante teilstationäre vollstationäre Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflegeeinrichtung
 sonstige ambulante Einrichtung sonstige stationäre Einrichtung

Name: _____ Anschrift: _____

Nur bei Inanspruchnahme einer Privatperson ausfüllen:

Name, Vorname der Ersatzpflegeperson: _____

Sind Sie mit der Ersatzpflegeperson verwandt?

 Ja, es handelt sich um meine(n) _____ Nein

Leben Sie mit der Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?

 Ja Nein

Erfolgt(e) eine Rechnungsstellung für die Ersatzpflege?

 Ja Nein Nein, aber der Ersatzpflegeperson sind notwendige Aufwendungen entstanden, die gegen Vorlage von Kostenbelegen/Nachweisen geltend gemacht werden: Fahrkosten Verdienstausschlag sonstige Aufwendungen, nämlich _____

Wurde von der Ersatzpflegeperson im betroffenen Kalenderjahr bereits eine andere pflegebedürftige Person im Rahmen der Ersatzpflege für mehr als eine Woche gepflegt?

 Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift _____