

Zurück an

R+V Betriebskrankenkasse
Team Pflege

65215 Wiesbaden

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

KV-Nummer _____

Datum _____



Verhinderungspflege/Kostennachweis

1. Angaben zur verhinderten/ausgefallenen Person

Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	

Wurde die Pflege in den letzten sechs Monaten in häuslicher Umgebung durchgeführt?

ja, wird durchgeführt seit (Monat/Jahr) _____ nein

Die Pflegeperson ist über eine Vermittlungsagentur beschäftigt?

ja nein

Grund der Verhinderung (bitte unbedingt angeben):

Erholungsurlaub der Pflegeperson

Erkrankung der Pflegeperson

Entlastung der Pflegeperson

Andere Gründe (bitte erläutern): _____

Zeitraum der Verhinderung von _____ bis _____

Die Pflegeperson ist verhindert: ganztägig

stundenweise, _____ Stunden täglich

Bitte beachten: Ist die Pflegeperson 8 Stunden oder länger am Tag verhindert bzw. abwesend, handelt es sich um ganztägige Verhinderungspflege. Ist sie weniger als 8 Stunden abwesend handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege.

2. Angaben zur Ersatzkraft – Verhinderungspflege durch:

- Privatperson
 Pflegedienst
 Pflegeheim/Einrichtung

Name (der Einrichtung oder der privaten Ersatzkraft)	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	

Wird die Pflege erwerbsmäßig durchgeführt? ja nein

Die Pflegeperson ist über eine Vermittlungsagentur beschäftigt? ja nein

Die Privatperson ist mit mir verwandt oder verschwägert. nein ja _____
Verwandtschaftsverhältnis/Verschwägerungsverhältnis

Die Privatperson lebt im gemeinsamen Haushalt mit der/dem Pflegebedürftigen ja nein

3. Angaben zur Erstattung

**An die Ersatzpflegeperson wurden für die geleistete Pflege _____ Euro gezahlt.
Nähere Angaben entnehmen Sie bitte der „Anlage zu den entstanden Kosten“.**

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf mein Konto:

IBAN	
BIC	
Kontoinhaber	

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen.

Datum, Unterschrift des/der Pflegebedürftigen

Datum, Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Anlage zu den entstandenen Kosten (nur auszufüllen, wenn Privatpersonen die Pflege erbringen)

- Ganztägige Verhinderungspflege**

Die Verhinderungspflege wurde durchgeführt vom _____ bis _____

- Stundenweise Verhinderungspflege**

(bitte immer den Tag, die Stundenanzahl und den Grund der Verhinderung angeben):

Datum	Anzahl der Stunden	Grund der Verhinderung Bitte geben Sie den Grund für jeden einzelnen Tag an.

- Fahrkosten** (nur für Verwandte/Verschwägerte bis zum 2. Grad, bitte Nachweis beifügen):

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin hatte wegen unbezahlten Urlaubs in der Zeit

von	nach	km	am	Kosten	Grund

- Unbezahlter Urlaub** (nur für Verwandte/Verschwägerte bis zum 2. Grad)

(diesen Teil vom Arbeitgeber der Verhinderungspflegeperson ausfüllen lassen):

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin hatte wegen unbezahlten Urlaubs in der Zeit vom _____ bis _____

einen Nettoverdienstaussfall in Höhe von _____ Euro

- Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin hatte einen stundenweisen Verdienstaussfall

vom _____ bis _____

Er/Sie konnte an insgesamt Stunden seiner/ihrer Arbeit nicht nachgehen.

Daraus ergibt sich ein Nettoverdienstaussfall in Höhe von _____ Euro

Datum, Firmenstempel

Unterschrift