An
R+V Betriebskrankenkasse
Team Pflege

65215 Wiesbaden

Datum: _____

Antrag und Abrechnung der Verhinderungspflege durch einen Leistungserbringer

Bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben für eine bessere Lesbarkeit in **Druckbuchstaben.**

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	

Angaben zu der ausfallenden Pflegeperson und der Verhinderung

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	

Grund der Verhinderung

☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson ☐ Krankheit der Pflegeperson ☐ Andere Gründe

Zeitraum der Verhinderung

Die Pflegeperson ist vom ____ ____ _____ bis ____ ____ _____ verhindert.

Ganztägige oder stundenweise Verhinderung (bitte den nachgehenden Hinweis beachten):

Ausschlaggebend ist die Stundenanzahl, für welche die Pflegeperson nicht zur Verfügung steht.
Es ist dabei nicht relevant, wie viel Stunden die Ersatzkraft an den genannten Tagen tatsächlich pflegt.

☐ Abwesenheit der Pflegeperson von mindestens 8 Stunden bspw. bei Urlaub oder Krankheit

☐ Abwesenheit der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden bspw. bei einem Arztbesuch, den Einkauf o. ä.

Angaben zur privaten Ersatzpflegeorganisation

Die Verhinderungspflege erfolgt durch:

☐ einen Pflegedienst ☐ eine Pflegeeinrichtung

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	
IK (wenn vorhanden)	

Angaben zur Abrechnung

☐ Ich habe mich bei der vorliegenden Verhinderungspflege für eine direkte Abrechnung zwischen der Pflegekasse und dem Leistungserbringer entschieden.

☐ Die Ersatzpflegeorganisation hat direkt mit mir abgerechnet. In der Anlage finden Sie die Rechnung incl. Empfangsbestätigung sowie die abrechnungsbegründenden Unterlagen. Sofern die Verhinderungspflege noch nicht stattgefunden hat, werde ich die Belege im Anschluss an den Zeitraum zur Kostenerstattung einreichen.

☐ Bitte überweisen Sie mir den erstattungsfähigen Betrag auf mein Konto:

IBAN: _____

Die IBAN in Deutschland besteht aus 22 Zeichen (2- stelliger Ländercode, 2-stellige Prüfzahl, 8-stellige Bankleitzahl, 10-stellige Kontonummer), internationale IBANs können bis zu 31 Zeichen umfassen.

_____ BIC: _____

Kreditinstitut (Name) (8 oder 11-stellig)

_____

Kontoinhaber

Bestätigung der pflegebedürftigen Person

Hiermit bestätige ich, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mich mit Falschangaben nach § 263 Strafgesetzbuch des Sozialbetruges strafbar mache.

_____

Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen, bevollmächtigten oder betreuenden Person

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 39 SGB XI und erfolgt nach § 60 SGB I i. V. m. § 94 SGB XI.