

# Leistungen der Pflegeversicherung - Antrag auf Verhinderungspflege

## 1 Angaben zum/zur Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

Die Pflege wird seit mindestens 6 Monaten in der Häuslichkeit erbracht (ab Beginn der Verhinderungspflege - gilt bis zum 30.06.2025).

## 2 Angaben zur Pflegeperson

Meine Pflegeperson ist an der Pflege gehindert.

Name	Vorname
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort

Diese Pflege Tätigkeit wird im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses\* (z. B. 24-Stunden-Kraft) durchgeführt?  Ja  Nein

\*Hierbei ist es nicht relevant, ob der bzw. die Pflegebedürftige oder eine Vermittlungsfirma der Arbeitgeber der Pflegeperson ist.

## 3 Grund der Verhinderung

Die unter 2 genannte Person ist an der Pflege (bitte nur einen Grund ankreuzen)

**stundenweise (weniger als 8 Stunden täglich)** im Jahr

verhindert wegen  Entlastung der Pflegeperson

sonstiger Grund

**tageweise\* (mehr als 8 Stunden täglich)** im Zeitraum vom

 bis 

verhindert wegen  Erholungsurlaub  Krankheit

sonstiger Grund

\* Unabhängig von den tatsächlichen Pflegestunden.

## 4 Übertragung aus der Kurzzeitpflege

Zusätzlich möchte ich den Anspruch aus der Kurzzeitpflege in die Verhinderungspflege übertragen, sofern dieser Anspruch noch nicht ausgeschöpft ist.  
Ab dem 01.07.2025 gilt ein gemeinsames Jahresbudget von max. 3.539 € und bedarf keiner zusätzlichen Beantragung.

## 5 Angaben zur Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege soll im häuslichen Bereich durchgeführt werden von (bitte nur eine Option ankreuzen):

**Einer Privatperson**

Name	Vorname
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort
Geburtsdatum	Verhältnis zum/zur Pflegebedürftigen (z. B. Tochter)

Sind Sie mit der Ersatzkraft verwandt/verschwägert\*?  Nein  Ja

\* Bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern des Ehepartners/der Ehepartnerin, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Besteht eine häusliche Gemeinschaft mit der/dem Pflegebedürftigen?  Nein  Ja

**Einem/-r Pflegedienst / Betreuungsdienst / 24-Stunden-Kraft**

Name des Leistungserbringers	Anschrift des Leistungserbringers
------------------------------	-----------------------------------

**Die Verhinderungspflege soll durchgeführt werden in einer sonstigen Einrichtung:**

Name der Einrichtung	Anschrift der Einrichtung
----------------------	---------------------------

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

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten/Betreuers/Betreuerin/gesetzl. Vertreters/Vertreterin
--

**Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:**

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Website unter [heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://heimat-krankenkasse.de/datenschutz). Alternativ können Sie diese Informationen auch direkt bei uns anfordern.

**Heimat Krankenkasse**

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Stand 02.2026



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse  
Pflegekasse  
Herforder Straße 23  
33602 Bielefeld