SÜDZUCKER BKK

Name :_____

Vorname: _____

KVNR: _____

geb. am: _____

Rückantwort an:
Südzucker BKK
Joseph-Meyer-Str. 13-15
68167 Mannheim

Leistungen bei Verhinderung einer Pflegeperson

Pflegeperson

_____ _____
Name, Vorname Anschrift

Zeitraum der Verhinderung vom _____ bis _____

☐ Die Verhinderungspflege wird stundenweise **(maximal 8 Stunden täglich)** durchgeführt.

Sollten die Mittel der Verhinderungspflege nicht ausreichen, sollen die zur Verfügung stehenden Mittel aus der Kurzzeitpflege übertragen werden. ☐ ja ☐ nein

Grund der Verhinderung

☐ Erholungsurlaub ☐ Krankheit ☐ sonstige Gründe: _____

Angaben zur Ersatzpflegekraft

☐ **a) Privatperson** _____
Name, Vorname, Anschrift

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades (Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Stiefkinder, Schwiegersöhne/-töchter, Stief-/Schwiegereltern, Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern) **oder häusliche Gemeinschaft vor**

☐ ja ☐ nein

☐ **b) Einsatz eines Pflegedienstes**

_____
Name, Vorname, Anschrift

☐ **c) Stationärer Heimaufenthalt / Behindertenfreizeit**

_____
Name und Anschrift des Heimes / Veranstalters

☐ **Eine direkte Abrechnung mit der Einrichtung wird gewünscht**

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

_____ _____ _____
Datum Unterschrift der Ersatzpflegekraft Unterschrift des/der Versicherten/Bevollmächtigten

Informationspflicht (Art. 13 DSGVO): Ihre Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V und § 94 SGB XI). Sie werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Freiwillig gemachte Angaben werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis genutzt. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und Ihren Rechten nach der DSGVO erhalten Sie auf unserer Homepage (www.Suedzucker-BKK.de/Datenschutz).