

**AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse.**  
Ihr AOK-ServiceCenter  
Münsterstraße 13  
33428 Harsewinkel

Versichertennummer:

Geburtsdatum

## Antrag auf Verhinderungspflege

Ich beantrage die Kostenübernahme für eine Verhinderungspflege, weil mich meine Pflegeperson

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
krankenversichert bei

wegen

Erholungsurlaub

Krankheit

sonstiger Gründe:

\_\_\_\_\_  
(bitte Gründe angeben)

stundenweiser Verhinderung

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ nicht pflegen kann.

Ich werde seit mindestens 6 Monaten gepflegt.

Die Verhinderungspflege wird übernommen von

1.  einer privaten Pflegekraft

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Die Pflegekraft lebt in meinem Haushalt

nein  ja

Die Pflegekraft ist mit mir verwandt oder verschwägert

nein  ja

Falls ja, bitte das Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis angeben:

2.  einem ambulanten Pflegedienst

einem Pflegeheim

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift

Versichertennummer:

Für die Verhinderungspflege entstehen voraussichtlich Kosten von \_\_\_\_\_ EUR.

Den Erstattungsbetrag bitte ich auf das folgende Konto zu überweisen:

Name des Kreditinstituts	BIC

IBAN

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des/der Kontoinhabers/-in, falls abweichend

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. der/des Bevollmächtigten