

ANTRAG AUF VERHINDERUNGSPFLEGE

vom

Name	Vorname	Versichertennummer	
Straße	Nr.	PLZ	Ort
Telefon*	Mobil*	E-Mail*	

Beginn der VHP:	voraussichtlich bis:
------------------------	-----------------------------

Die bisherige Pflegeperson ist in folgendem Umfang an der Pflege verhindert:	<input type="checkbox"/> 8 Stunden am Tag oder länger <input type="checkbox"/> weniger als 8 Stunden am Tag („stundenweise“)
---	---

Name und Anschrift der verhinderten Pflegeperson			
häusliche Pflege wird bereits 6 Monate erbracht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Grund der Verhinderungspflege:	
<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege erfolgt im direkten Anschluss an eine Kurzzeitpflege im Pflegeheim
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege ist im laufenden Kalenderjahr bereits ausgeschöpft
<input type="checkbox"/>	Verhinderungspflege bei Abwesenheit der Pflegeperson aufgrund:
<input type="checkbox"/>	Erholungsurlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <u>oder</u> <input type="checkbox"/> aus anderen Gründen
<input type="checkbox"/>	Übertrag des Budgets aus der Kurzzeitpflege

Die Verhinderungspflege soll ambulant erbracht werden:

<input type="checkbox"/> von einem Pflegedienst	Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Pflegedienstes _____		
<input type="checkbox"/> von einer Privatperson	Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer* und Krankenkasse der Ersatzpflegeperson _____		
verwandt / verschwägert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
	Art der Verwandtschaft zur pflegebedürftigen Person		
Lebt die Ersatzpflegeperson mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Die Verhinderungspflege soll stationär erbracht werden:

Angaben zur Pflegeeinrichtung	Name, Anschrift und Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung _____
--------------------------------------	---

Datenschutzhinweise:

Die VIACTIV Krankenkasse, Suttner-Nobel-Allee 3–5, 44803 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter viactiv.de/datenschutz oder in einem unserer Kundenservices einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail (service@viactiv.de) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

Mit einem * (Sternchen) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig, sie erleichtern uns zum Beispiel Rückfragen oder dienen zur Beratung. Sie werden vertraulich behandelt und können jederzeit widerrufen werden. Wir informieren Sie gerne, wie wir Ihre Daten schützen.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

VI**A**CTIV Pflegekasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

