ANTRAG

VERHINDERUNGSPFLEGE

BKK VDN®
Vertrauen Durch Nähe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Versicherten-Nr.:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

2. VERHINDERUNGSPFLEGE

✍ Bitte immer ausfüllen!

Welche Sie betreuende Person ist / war verhindert?

Name, Vorname:

In welchem Zeitraum ist / war diese Person verhindert? vom: bis:

Aus welchen Gründen ist/war die Sie betreuende Person verhindert?

Obengenannte Person ist/war GANZTÄGIG wegen

☐ Urlaub ☐ Krankheit ☐ Entbindung ☐ Kur-/Rehamaßnahme verhindert.

Obengenannte Person ist / war STUNDENWEISE wegen

☐ Entlastung ☐ sonstige private Gründe (z. B. Arztbesuche, Hobby, Sport) verhindert.

✍ Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch private Pflegepersonen (z. B. Bekannte, Nachbarn, Verwandte, Verschwägerte) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen.

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?

Name, Vorname, Anschrift:

Telefon: Krankenkasse:

In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegekraft zu Ihnen? (Erläuterung siehe Seite 5)

Verwandt: ☐ nein ☐ ja; wie folgt

Verschwägert: ☐ nein ☐ ja; wie folgt

Leben Sie mit Ihrer Ersatzkraft in einem gemeinsamen Haushalt? ☐ nein ☐ ja

Höhe der gezahlten Vergütung:

a) allgemeine Aufwendungen Euro

b) Fahrkosten Euro

c) Verdienstausfall Euro

d) sonstiges Euro

☞ Bitte entsprechende Nachweise (Quittungen, Fahrbelege, Verdienstausfallbescheinigung etc.) beifügen und **Anlage 2 ausfüllen**!

2507

VERHINDERUNGSPFLEGE

BKK VDN
Vertrauen Durch Nähe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: , Versicherten-Nr.:

✍ Von der Ersatzpflegekraft bitte immer anzugeben!

Haben Sie in den letzten 12 Monaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?

☐ nein

☐ ja von: _____ bis: _____

Name, Vorname des Pflegebedürftigen:

✍ Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Vertragsleistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen.

Welcher professionelle Vertragsleistungserbringer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?

Bezeichnung des Vertragsleistungserbringers:

Anschrift:

Höhe der gezahlten Vergütung: _____ Euro ☞ Bitte entsprechenden Rechnungsbeleg beifügen.

Soll eine Erstattung der Kosten der Verhinderungspflege direkt an den Vertragsleistungserbringer erfolgen?

☐ nein ☐ ja

✍ Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen.

In welcher Einrichtung wird / wurde während der Zeit der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durchgeführt?

Bezeichnung der Einrichtung:

Anschrift:

Höhe der gezahlten Vergütung: _____ Euro ☞ Bitte entsprechenden Rechnungsbeleg beifügen.

Soll eine Erstattung der Kosten der Verhinderungspflege direkt an die Einrichtung erfolgen? ☐ nein ☐ ja

✗ ✗

Ort, Datum ✎ Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

✗ ✗

Ort, Datum ✎ Unterschrift der versicherten Pflegeperson*

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Abrechnung der ausgeführten Verhinderungspflege

Antwort an

BKK VDN
Postfach 1160
58206 Schwerte

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Versicherten-Nr.:

ANGABEN ZUR ERSATZPFLEGEKRAFT

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

Name:

Vorname:

Anschrift:

Verhältnis zum Pflegebedürftigen (z. B. Tochter, Nachbar):

✍ Im Folgenden bitte nur den zutreffenden Abschnitt ausfüllen (stunden- oder tageweise Verhinderung)

1. Die stundenweise Verhinderungspflege (weniger als 8 Stunden tägl.) wurde übernommen

von (z. B. 01.01.2025): . . bis: . .

Pflegestunden gesamt: Zu einem Stundensatz (z. B. 15,00 Euro): ,

Betrag für pflegerische Aufwände (Stunden x Stundensatz / z. B. 1.500,00 Euro): . ,

2. Die tageweise Verhinderungspflege (mind. 8 Stunden tägl.) wurde übernommen

von (z. B. 01.01.2025): . . bis: . .

Pflegetage gesamt: zu einem Tagessatz: ,

Betrag für pflegerische Aufwände (Tage x Tagessatz): . ,

✍ Gegebenenfalls zusätzlich angefallene Kosten

Fahrkosten PKW:

Anz. Fahrten x gefahrene km x 0,20 Euro / km = , Euro

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (Bitte Belege beifügen): , Euro

Verdienstausfall (Bitte Nachweis beifügen): . , Euro

Insgesamt entstandene Aufwendungen / Gesamtbetrag: . , Euro

Abrechnung der ausgeführten Verhinderungspflege

BKK VDN
Vertrauen Durch Nähe

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

Bankverbindung / Empfangsbestätigung

✍ Bitte vollständig ausfüllen!

✍ KONTODATEN

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber:

IBAN: D E

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Uns ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Datum

✗ Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Datum

✗ Unterschrift des Pflegebedürftigen / Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter https://www.bkk-vdn.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege

Wenn Ihre Pflegeperson verreist, erkrankt oder aus anderen Gründen verhindert ist, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege in Höhe des gemeinsamen Jahresbetrages aus Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bis max. 3539 Euro. Die Höchstanspruchsdauer beträgt 56 Tage.

Wer darf Verhinderungspflege durchführen:

- Private Ersatzpflegepersonen, die nicht bis zum 2. Grad mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert sind und nicht im gemeinsamen Haushalt wohnen (Nachbarn, Freunde, Bekannte etc.). Die entstandenen Kosten von bis zu 3539 Euro können mit uns abgerechnet werden (Nachweis Anlage 1 und Anlage 2).

- Ambulante Pflegedienste (Rechnung des ambulanten Pflegedienstes)

- Einrichtungen (z. B. Tagespflege): Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen und können ggf. über zusätzliche Betreuungsleistungen abgerechnet werden (Rechnung der Einrichtung).

- Private Ersatzpflegepersonen, die bis zum 2. Grad mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert sind oder im gemeinsamen Haushalt wohnen. Die Kosten sind auf das 2-fache des Pflegegeldes beschränkt. Sofern weitere Aufwendungen (Fahrkosten, Verdienstausfall) nachgewiesen werden, können diese bis zu 3539 Euro mit uns abgerechnet werden (Nachweis Anlage 1 und Anlage 2).

Sofern von diesem Personenkreis die Verhinderungspflege länger als 8 Wochen am Stück durchgeführt wird, kann von einer erwerbsmäßigen Tätigkeit ausgegangen werden und auch hier ein Betrag bis zu 3539 Euro abgerechnet werden. Ebenso wird von einer Erwerbsmäßigkeit ausgegangen, wenn die Ersatzpflegeperson in den letzten 12 Monaten eine weitere Person länger als 1 Woche gepflegt hat. Achtung: **Diese Einnahmen sind steuerpflichtig und dem Finanzamt zu melden!**

Verwandte bis zum 2. Grad sind: Eltern, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Verschwägerte bis zum 2. Grad sind: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegersöhne / -töchter, Ehegatten der Enkelkinder, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern und Schwager / Schwägerin.

Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes

Es bestand zuvor ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld? Dann wird im Rahmen der Verhinderungspflege die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu 56 Tage je Kalenderjahr weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme besteht grundsätzlich Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe.

Stundenweise Verhinderungspflege

Von einer stundenweisen Verhinderungspflege spricht man, wenn die üblicherweise pflegende Person an weniger als acht Stunden am Tag an der Pflege gehindert ist. Beispielhaft sind hier Verhinderungsgründe, wie private Angelegenheiten (Hobby, Sport, Arztbesuche etc.). Hierbei ist aber wichtig, dass die grundsätzliche Pflegebereitschaft der Pflegeperson weiterhin vorhanden sein muss.

Bei der stundenweisen Verhinderungspflege erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 3539 Euro, nicht aber auf die Höchstdauer von 56 Tagen. Für den Zeitraum der stundenweisen Verhinderungspflege besteht Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe.

Beihilfe- oder Heilfürsorgeanspruch

Für Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigte reduzieren sich die vorgenannten Leistungsbeträge aus der Verhinderungspflege auf die Hälfte.