

Absender:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DBV Deutsche Beamtenversicherung  
Krankenversicherung  
65172 Wiesbaden

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer:

\_\_\_\_\_

Bitte ausgefüllt zurücksenden - vielen Dank.

## Antrag auf Verhinderungspflege

Versicherungsnummer:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Wer ist an der Pflege verhindert? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Seit wann werden Sie im häuslichen Bereich gepflegt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Aus welchem Grund und für welchen Zeitraum soll die Verhinderungspflege erfolgen?  
Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Erholungsurlaub  
 Krankheit  
 Sonstige Gründe:

4. Ist die eigentliche Pflegeperson an diesen Tagen nur stundenweise abwesend?  Ja  Nein  
Wenn ja, an wievielen Stunden? \_\_\_\_\_

5. Ist die Ersatzpflegeperson mit dem/der Pflegebedürftigen verwandt?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Verwandtschaftsverhältnis? \_\_\_\_\_

6. Die Pflege wird in Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson von folgender Person erbracht:  
Name der Person oder des Pflegedienstes etc. \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie diese Erklärung bei Einreichung der Belege/der Rechnung bei. Sie ersparen sich und uns dadurch Rückfragen zur Prüfung der Leistungspflicht.

Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

