

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

# BARMER



**Pflegekasse**

**Absender**

BARMER  
73520 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

## Antrag auf Kurzzeitpflege

**- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus, wenn Sie die Angaben händisch machen! -**

Datum

Datum

Meine Pflege kann ab \_\_\_\_\_ voraussichtlich bis \_\_\_\_\_

nicht zu Hause durchgeführt werden. In dieser Zeit werde ich in folgender Einrichtung versorgt:

Name der Kurzzeitpflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_

Straße

Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ

Ort

\_\_\_\_\_

Aufnahmedatum

\_\_\_\_\_

Ich habe noch keine Einrichtung gefunden. Bitte teilen Sie mir mögliche Anbieter in meiner Nähe mit.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

**- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, wenn Sie die Angaben händisch machen! -**

## Warum ist die Kurzzeitpflege erforderlich?

- Wegen eines Erholungsurlaubs meiner Pflegeperson
- Wegen einer Rehabilitationsmaßnahme meiner Pflegeperson in derselben Einrichtung
- Aus anderen Gründen; bitte geben Sie hier den Grund an:

---

## Ihre Kurzzeitpflege ist erforderlich, weil Ihre Pflegeperson abwesend ist? Dann teilen Sie uns bitte noch den Namen der abwesenden Pflegeperson mit:

Vorname der abwesenden Pflegeperson

Geburtsdatum der abwesenden Pflegeperson

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name der abwesenden Pflegeperson

\_\_\_\_\_

---

## Nutzung meines Anspruchs auf Verhinderungspflege

Reichen die Mittel der Kurzzeitpflege nicht aus, möchte ich meinen Anspruch auf Verhinderungspflege verwenden. Dies ist nur möglich, wenn der Anspruch noch nicht verbraucht wurde.

- nein       ja

Ich werde bereits seit sechs Monaten zu Hause gepflegt.

- nein       ja

---

## Beratung

Ich wünsche eine Beratung.

- nein       ja, unter folgender Rufnummer: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

---

## Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

\_\_\_\_\_