



Pflegekasse

Absender

BARMER
73523 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Abrechnung der Leistung bei Verhinderung der Pflegeperson

(Bitte nach Beendigung der Verhinderungspflege zur Erstattung einreichen.)

Zeitraum der Verhinderung – Bitte wählen Sie nur eine der beiden folgenden Situationen aus:

- ☐ **Tageweise Verhinderungspflege:** Die Pflegeperson war täglich 8 Stunden und mehr abwesend, beispielsweise aufgrund Urlaub, Aufenthalt im Krankenhaus.

vom _____ bis _____ (Datum bitte im Format TTMMJJJJ angeben.)

_____, _____ Euro

_____, _____ Euro

- ☐ **Stundenweise Verhinderungspflege:** Die Pflegeperson war weniger als 8 Stunden täglich abwesend, beispielsweise für Einkäufe, Behördengänge oder Freizeitaktivitäten.

Insgesamt wurde die Verhinderungspflege an _____ Tagen (_____ Stunden insgesamt) durchgeführt.

vom _____ bis _____ (Datum bitte im Format TTMMJJJJ angeben.)

_____, _____ Euro

Angaben zur Vertretungskraft

Vorname der Vertretungskraft

Geburtsdatum

Name der Vertretungskraft

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.