

**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

**BARMER - Pflegekasse  
73524 Schwäbisch Gmünd**

**Absender**

Ihr Schreiben vom  
Versichertennummer

## Antrag auf Kurzzeitpflege

**– Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! –**

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.

**Pflegekasse**

Name

Ihre Zeichen

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**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

---

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

---

**Pflegeberatung**

Ich habe Fragen zu meiner Pflege und wünsche eine telefonische Beratung

- nein
- ja, unter folgender Rufnummer: \_\_\_\_\_

---

**Unterschrift**

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

---