

**Antwort an:**

IKK Brandenburg und Berlin  
Service-Center Berlin  
Keithstr. 9/11  
10787 Berlin

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	____.____.____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
_____	_____	____/____
Ich beantrage Kurzzeitpflege		
Die Kurzzeitpflege soll stattfinden (es sind maximal 56 Tage möglich): vom _____.____.____ bis _____.____.____		
Die Kurzzeitpflege ist notwendig weil:		
<input type="checkbox"/> Die Pflegeperson befindet sich im Erholungsurlaub		
<input type="checkbox"/> Die Pflegeperson ist erkrankt und fällt deshalb aus		
<input type="checkbox"/> Aus dem folgenden Grund: _____		
Soll der finanzielle Anspruch aus der Verhinderungspflege übertragen werden? (Es steht dann ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 1.612 Euro für die Kurzzeitpflege zur Verfügung, der zeitliche Anspruch verändert sich nicht)		
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte in diesem Jahr keine Verhinderungspflege mehr in Anspruch nehmen.		
<input type="checkbox"/> Nein, ich habe vor, die Verhinderungspflege zu einem anderen Zeitpunkt noch in Anspruch zu nehmen.		
Die Kurzzeitpflege soll in der folgenden Einrichtung stattfinden:		
Name der Einrichtung	Telefonnummer der Einrichtung *	
_____	____/____	
Anschrift der Einrichtung		
_____		
Datenschutzhinweis		
Wir erheben die Daten für die Prüfung Ihres Antrages auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und § 94 SGB XI.		

Datum	Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers
____.____.____	_____