

# Antrag auf Verhinderungspflege

QR-Code scannen und direkt in  
der **Meine SBK-App** ausfüllen oder  
unter [meine.sbk.org/verhinderungspflege](https://meine.sbk.org/verhinderungspflege)



Deutsche Post   
ANTWORT

SBK  
80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

## Persönliche Angaben des Pflegebedürftigen

Name, Vorname meiner bisherigen Pflegeperson

Ich werde gepflegt seit

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für die Zeit vom

bis

Die Verhinderungspflege ist aus folgendem Grund notwendig:

Meine Pflegeperson ist krank.

Meine Pflegeperson ist im Urlaub

Andere Gründe: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Verhinderungspflege

von einem Pflegedienst

von einer Pflegeeinrichtung

von einer selbstbeschafften Ersatzkraft

Name, Vorname der Ersatzpflegekraft/Name des Pflegedienstes//Name der Pflegeeinrichtung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Diese Kontaktdaten liegen uns von Ihnen vor:**

Festnetznummer privat: ---  
 Handynummer privat: ---  
 E-Mail:

Festnetznummer geschäftlich: ---  
 Handynummer geschäftlich: ---

**Ergänzen oder ändern Sie hier Ihre Kontaktdaten\*:**

Festnetznummer privat


Handynummer privat

E-Mail-Adresse

---

Festnetznummer geschäftlich


Handynummer geschäftlich

**Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:**


---



---

Damit wir Ihren Antrag auf Verhinderungspflege bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Die Daten sind für die Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach §§ 39, 94 Abs. 1 SGB XI zu erheben. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter [sbk.org/datenschutz](https://www.sbk.org/datenschutz) oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

\*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an [widerruf@sbk.org](mailto:widerruf@sbk.org) oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter