

## Antrag auf Verhinderungspflege



**Deutsche Post**   
**ANTWORT**

SBK  
80227 München

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

[illegible]

Versichertennummer

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Angaben zur Verhinderung der Pflegeperson

Ich beantrage Verhinderungspflege für die Zeit

vom 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 bis 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Welche Pflegeperson ist verhindert?

Name

Vorname der Person, die Sie normalerweise pflegt

- ☐ Meine Pflegeperson ist **weniger** als 8 Stunden an der Pflege verhindert, z. B. Arzt- oder Friseurbesuch, Behördengänge, Freizeitaktivitäten.
- ☐ Meine Pflegeperson ist **mindestens** 8 Stunden pro Tag an der Pflege verhindert

Grund: ☐ Urlaub ☐ sonstige Gründe (z. B. Krankheit, Reha)

## Angaben zur Ersatzpflege

- ☐ Die Verhinderungspflege wird durch einen **Pflegedienst**/eine **Pflegeeinrichtung** erbracht

Name des Pflegedienstes/Name der Pflegeeinrichtung

Straße

PLZ

A diagram consisting of a horizontal row of 15 dots. From the 3rd, 8th, and 13th dots of this row, three vertical lines of dots extend downwards. Each vertical line contains 5 dots, including the dot at the top which is part of the horizontal row.

.....  
Hausnummer

Ort

☐ Die Verhinderungspflege wird durch eine **Ersatzpflegeperson** übernommen

\_\_\_\_\_  
Name der Person

\_\_\_\_\_  
Vorname der Person

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

Leben Sie mit der Ersatzpflegeperson zusammen?

☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie mit der Ersatzpflegeperson bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert?\*

☐ Nein ☐ Ja

(\*z. B. Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Stiefkinder, Schwiegereltern, Schwiebertöchter/-söhne, Eheleute von Geschwistern, Großeltern von Eheleuten)

### Diese Kontaktdaten liegen uns von Ihnen vor:

Festnetznummer privat: ---

Festnetznummer geschäftlich: ---

Handynummer privat: ---

Handynummer geschäftlich: ---

E-Mail:

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

Festnetznummer privat

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Handynummer privat

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

E-Mail-Adresse

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Festnetznummer geschäftlich

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Handynummer geschäftlich

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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://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