



Deutsche Post 

ANTWORT

Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Antrag auf Ersatzpflege

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Angaben zur Pflegebedürftigen/zum Pflegebedürftigen

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ Ort

Geburtsdatum (TT MM JJJJ) Versicherungsnummer

Angaben zu Abwesenheiten

In den letzten sechs Monaten erfolgte die Pflege in häuslicher Umgebung durch eine Pflegeperson.

Die Pflegeperson fällt aus wegen Urlaubs. sonstiger Gründe.

Bei mehreren Pflegepersonen

Die Pflegepersonen sind alle gleichzeitig abwesend.
Diese Pflegepersonen fallen aus wegen Urlaubs. sonstiger Gründe.

Es ist/sind nur folgende Pflegeperson/en abwesend:

Vorname, Nachname der Pflegeperson

Diese Pflegeperson fällt aus wegen Urlaubs. sonstiger Gründe.

Vorname, Nachname der Pflegeperson

Diese Pflegeperson fällt aus wegen Urlaubs. sonstiger Gründe.

Vorname, Nachname der Pflegeperson

Diese Pflegeperson fällt aus wegen Urlaubs. sonstiger Gründe.

Während dieser Zeit ist/sind die Pflegeperson/en täglich mindestens acht Stunden abwesend.

Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Versichertennummer

Angaben zum Zeitraum

Beantragt wird Ersatzpflege nach Bedarf.

Ersatzpflege wird für folgenden Zeitraum beantragt:

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

vom _____ bis zum _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Reicht der Anspruch auf Ersatzpflege nicht aus, soll ein Teil des Anspruchs auf Kurzzeitpflege in Ersatzpflege umgewandelt werden, soweit es möglich ist.

Angaben zur Ersatzpflege

Die Ersatzpflege wird sichergestellt

durch einen Pflegedienst.

z. B. Sozialstation, privater Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Straße, Nr.

PLZ Ort

Ich beauftrage die TK-Pflegeversicherung, die Ersatzpflege mit befreiender Wirkung direkt mit dem oben genannten Pflegedienst abzurechnen. Das gilt nur für die hier beantragte Ersatzpflege.

Ich reiche Ihnen die Originalrechnung ein und bitte um Erstattung der Kosten.

in einer Einrichtung.

Name der Einrichtung

Straße, Nr.

PLZ Ort

Ich beauftrage die TK-Pflegeversicherung, die Ersatzpflege mit befreiender Wirkung direkt mit der oben genannten Einrichtung abzurechnen. Das gilt nur für die hier beantragte Ersatzpflege.

Ich reiche Ihnen die Originalrechnung ein und bitte um Erstattung der Kosten.

Vorname, Nachname

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Versichertennummer

durch eine Privatperson.
z. B. Nachbar/in

Name der Ersatzpflegeperson

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Es besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit der Ersatzpflegeperson, z. B. verwandt oder verschwägert.

Verwandtschaftsverhältnis

Die Ersatzpflegeperson lebt mit in häuslicher Gemeinschaft.

Ich habe noch niemanden für die Ersatzpflege. Bitte nennen Sie mir eine Pflegekraft oder Pflegeeinrichtung.

Angaben zur Bankverbindung

Bitte überweisen Sie den Betrag auf das folgende Konto:

Bankname

D, E
IBAN

Abweiche(n)de/r Kontoinhaber/in

Angaben für Rückfragen

Telefon, freiwillige Angabe

E-Mail, freiwillige Angabe

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.