

Zurück an:

novitas bkk
Pflegekasse
47050 Duisburg

Tel.: 0800 432 1600
E-Mail: info@novitas-bkk.de

Kostennachweis über Erbringung der Verhinderungspflege

KNAERV

Name, Vorname des Versicherten

Krankenversicherungsnummer

Bitte geben Sie an, in welcher Form die Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde:

- ☐ **Stundenweise Verhinderungspflege:** Verhinderung der Pflegeperson weniger als 8 Stunden täglich (z.B. private Termine, Entlastung, Arztbesuche, Veranstaltungen etc.)
- ☐ **Ganztägige Verhinderungspflege:** Verhinderung der Pflegeperson **mehr** als 8 Stunden täglich
- ☐ aufgrund von Krankheit, Rehabilitation, Krankenhaus, Fortbildungen etc.
- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson

*Die ganztägige Verhinderungspflege kann für einen Zeitraum von maximal 42 Tage (ab 01.07.2025 56 Tage) im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. **Bitte beachten Sie, dass für den Zeitraum der Inanspruchnahme der ganztägigen Verhinderungspflege eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt.***

Name, Vorname der Ersatzpflegekraft

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zur gepflegten Person?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht eine häusliche Gemeinschaft zur gepflegten Person?

☐ Ja

☐ Nein

Angaben zur Abrechnung: Für die Verhinderungspflege wurde folgendes gezahlt:

Zeitraum (von)

Zeitraum (bis)

Aufwendungen gezahlt: _____ Euro

Fahrkosten gezahlt: _____ Euro

Verdienstausfall gezahlt: _____ Euro

Gesamtbetrag gezahlt: _____ Euro

- ☐ Die Erstattung soll auf mein Konto erfolgen.
- ☐ Die Erstattung soll an eine abweichende Bankverbindung gehen.

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftiger /
Bevollmächtigter

Unterschrift Ersatzpflegekraft/
Zahlungsempfänger

Datenschutzhinweis: Die Angaben werden für die Bearbeitung Ihres Anliegens benötigt. Die Angaben werden nach § 94 SGB XI erhoben, gespeichert und genutzt. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter www.novitasbkk.de/datenschutz.