

INFORMATIONEN ZUR KURZZEITPFLEGE BEI VERHINDERUNG DER PFLEGEPERSON

KURZZEITPFLEGE BEI VERHINDERUNG DER PFLEGEPERSON

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

– Leistungsumfang –

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt oder auf den Höchstbetrag pro Kalenderjahr von 1.612,00 Euro.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege ruht der Anspruch auf andere Leistungen der Pflege. Bei Empfängern von Pflegegeld wird dieses zur Hälfte weitergezahlt. Das anteilige Pflegegeld bei Kombinationsleistungen wird ebenfalls hälftig weitergewährt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag der Kurzzeitpflegeeinrichtung sind von einer Kürzung jedoch nicht betroffen.

– Leistungserbringer –

Die Kurzzeitpflege wird in vollstationären Einrichtungen erbracht, die eine entsprechende Zulassung haben.

– Übertragung von Verhinderungspflege –

Wenn der Betrag für die Kurzzeitpflege von 1.612,00 Euro nicht ausreicht, kann der Leistungsbetrag um bis zu 1.612,00 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt 3.224,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

HABEN SIE FRAGEN?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf mobil-krankenkasse.de/kontakt

Oder rufen Sie uns an.
Ihre kostenlose Service-Hotline:

0800 255 0800

mobil-krankenkasse.de

Bitte zurück an

Mobil Pflegekasse
20091 Hamburg

ANTRAG AUF KURZZEITPFLEGE NACH § 42 SOZIALGESETZBUCH (SGB) XI

ANGABEN DES/DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		
ANGABEN ZUR KURZZEITPFLEGE		
Zeitraum der Kurzzeitpflege	vom _____ bis _____	
Vertragseinrichtung	Name der Vertragseinrichtung	
	Anschrift	
	Grund der Kurzzeitpflege (Bitte kreuzen Sie das zutreffende Feld an.)	
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege nach Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege nach Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bei Verschlechterung des Gesundheitszustands <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bei plötzlichem Wegfall der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bei schlechten häuslichen Bedingungen (Sanierung, Wohnungsumbau ...) <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege wegen sonstiger Krisensituation <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege bei Erholungsurlaub der Pflegeperson	
	Name der abwesenden Pflegeperson: _____	
Ich bin damit einverstanden, dass für die Kurzzeitpflege – sofern erforderlich und möglich – der Betrag für die Verhinderungspflege genutzt wird. (Erläuterungen siehe Informationsblatt)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wird die häusliche Pflege bereits 6 Monate durch die Pflegeperson erbracht?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

DATENSCHUTZHINWEIS

Die Mobil Pflegekasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung nach § 28 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Ihre Angaben werden ggf. an den Medizinischen Dienst weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Datum

Tel.-Nr./E-Mail-Adresse

Unterschrift des/der Versicherten