

DMS 03236

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Kundenservice Leistung Spezial



Deutsche Krankenversicherung

An
DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln

Bitte schicken Sie den Kostennachweis vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück!

KV _____

Versicherungsnummer

Kostennachweis der Verhinderungspflege (VHP)

1. Name der pflegebedürftigen Person

2. Meine eigentliche Pflegeperson war

stundenweise wegen z.B. Einkauf, Arztbesuch, Freizeitaktivitäten an der Pflege gehindert.

| Datum | Uhrzeit | Stunden |
|-------|---------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

ganztägig wegen Urlaub, Krankheit an der Pflege gehindert

| vom | bis | Tage |
|-----|-----|------|
| | | |
| | | |
| | | |

Reicht der Platz nicht aus? Bitte nutzen Sie die Rückseite für weitere Auflistungen.

Daher wurde die Verhinderungspflege von

(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

durchgeführt.

Bitte beachten Sie die Folgeseite!

DMS 03236



Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Es besteht **keine** Verwandtschaft/Schwägerschaft

besteht Verwandtschaft/Schwägerschaft: _____
(Verwandschafts-/Schwägerverhältnis)

die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft

Für die Verhinderungspflege habe ich erhalten:

Honorar (Gesamtbetrag) _____ EUR

Sonst. Kosten (Nachweis beifügen)

z.B. Fahrtkosten im eigenen PKW (0,30 EUR pro Kilometer) _____ EUR

Ort und Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Unterschrift (pflegebedürftige Person,
gesetzlicher Vertreter oder sonstige mit
einer Vollmacht versehene Person)