

Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____



Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Antrag auf Ersatzpflege

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zu Abwesenheiten

Ich werde von mehreren Pflegepersonen zu Hause gepflegt.

Alle fallen gleichzeitig aus wegen Urlaub. anderer Gründe. z. B. wegen Krankheit oder eines Arztbesuchs

Nur folgende Pflegeperson/en fällt/fallen aus:

Vor- und Nachname der Pflegeperson

fällt aus wegen

Urlaub.

anderer Gründe.

z. B. wegen Krankheit oder eines Arztbesuchs

Vor- und Nachname der Pflegeperson

fällt aus wegen

Urlaub.

anderer Gründe.

z. B. wegen Krankheit oder eines Arztbesuchs

fällt aus wegen

Urlaub.

anderer Gründe.

z. B. wegen Krankheit oder eines Arztbesuchs

Meine Pflegeperson/en ist/sind **täglich mindestens 8 Stunden** abwesend.

Meine Pflegeperson fällt aus wegen Urlaub. anderer Gründe.

z. B. wegen Krankheit oder eines Arztbesuchs

Sie ist täglich **mindestens 8 Stunden** abwesend.

502456223475



Angaben zum Zeitraum

Ich brauche Ersatzpflege für den Zeitraum

vom bis zum
Tag Monat Jahr

vom bis zum
Tag Monat Jahr

vom bis zum
Tag Monat Jahr

Ich brauche stundenweise Ersatzpflege. Die genauen Zeiträume dafür kenne ich noch nicht.

Das ist nur für die Tage möglich, an denen die Pflegepersonen **weniger** als 8 Stunden ausfallen.

Bei Beginn vor dem 1. Juli 2025

Ich wurde in den letzten 6 Monaten von mindestens 1 Pflegeperson zu Hause gepflegt.

Diese beiden Angaben brauchen wir nur, wenn die Ersatzpflege **vor dem 1. Juli 2025** beginnt bzw. begonnen hat.

Wenn mein Budget für die Ersatzpflege **nicht** ausreicht, dürfen Sie dafür einen Teil meines Budgets für Kurzzeitpflege verwenden.

Mehr dazu und zur Kurzzeitpflege in einer Pflege-Einrichtung finden Sie unter tk.de, Suchnummer 2008604 und 2009886.

Angaben zur Ersatzpflege

Die Ersatzpflege übernimmt

ein Pflegedienst. eine Pflege-Einrichtung.

Name des Pflegediensts / der Pflege-Einrichtung

Straße, Nr.

PLZ Ort

eine Privatperson.

z. B. Nachbar/in

Name der Ersatzpflegeperson

Straße, Nr.

PLZ Ort

Sie ist mit mir verwandt/verschwägert und mein/e

z. B. Mutter, Schwiegersohn, Schwester, Stiefkind, Enkelkind

Sie lebt mit mir zusammen.

Ich habe noch niemanden für die Ersatzpflege. Ich möchte, dass Sie mir einen Pflegedienst oder eine Pflege-Einrichtung vorschlagen.

502456223475



Angaben zur Abrechnung

- Ich möchte, dass die TK-Pflegeversicherung die Ersatzpflege **direkt** mit dem Pflegedienst oder der Pflege-Einrichtung abrechnet.
- Ich möchte, dass Sie mir die Kosten erstatten. Die Rechnungen schicke ich Ihnen im Original.

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn Sie ein **Pflegedienst** unterstützt oder Sie in einer **Pflege-Einrichtung** sind.

Wichtig: Das gilt **nur** für diese Ersatzpflege.

Angaben zur Bankverbindung

Ich möchte, dass Sie den Betrag auf folgendes Konto überweisen:

DE
IBAN

Name der Konto-Inhaberin / des Konto-Inhabers

Nur für Bankverbindung im Ausland

IBAN

BIC

Name der Bank

Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (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.

502456223475

