

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

☐ 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



☐ Ich brauche Ersatzpflege für den Zeitraum

vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis zum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis zum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	bis zum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr

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

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

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

☐ 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**.

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. _____

Platz Ort

☐ Sie ist mit mir verwandt/verschwägert und mein/e

Verwandtschafts-Verhältnis

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.



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)

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

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

502456223475

