



**eine Pflegekraft ist verhindert und kann mich nicht betreuen** wegen

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Urlaub/Reise

Krankheit

sonstige Gründe (z. B. Erholungsangebote, Erledigung eigener Angelegenheiten, nicht berufsbedingte Gründe)

von

stundenweise (wenn die Pflegeperson weniger als 8 Stunden verhindert ist).

**Vertretungsweise pflegt mich**

ein Pflegedienst

Name des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung

**Ambulanter Pflegedienst am ZFP Emmendingen**

**Neubronnstraße 25**

**79312 Emmendingen**

**07641-461-1426**

**Die Mittel der Verhinderungspflege reichen nicht aus:**

Ich möchte nicht in Anspruch genommene Mittel der Kurzzeitpflege bis maximal 806,00 Euro in Verhinderungspflege übertragen. **JA** **Nein** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift der bzw. des Versicherten oder der betreuenden oder bevollmächtigten Person (Bitte legen Sie – sofern noch nicht geschehen – eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht bei. Vielen Dank.)

