

**Beihilfenummer:** \_\_\_\_\_-bitte immer angeben-

## **Zentrale Scanstelle, Beihilfe, 32746 Detmold**

### **Nachweis über Verhinderungspflege**

Bitte reichen Sie den ausgefüllten und den unterschriebenen Vordruck mit den entsprechenden Belegen oder Quittungen über die Aufwendungen für die Verhinderungspflege ein.

---

**Beihilfeberechtigter oder Beihilfeberechtigte:** \_\_\_\_\_

**Pflegebedürftige Person:** \_\_\_\_\_

---

#### **Aufgrund der Verhinderung von**

---

Bitte den Namen der verhinderten Pflegeperson angeben

wurde die Pflege durch

---

Bitte Namen und Anschrift der Ersatzpflegeperson angeben

an den nachstehenden Tagen durchgeführt, gegebenenfalls Aufstellung auf gesondertem Blatt:

Datum	Dauer in Stunden	Grund für die Verhinderung der Pflegeperson

- Die pflegebedürftige Person und die Ersatzpflegeperson sind weder bis zum zweiten Grade verwandt, zum Beispiel Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister, oder verschwägert, zum Beispiel Stiefeltern, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager und Schwägerin, noch leben die pflegebedürftige Person und die Ersatzpflegeperson in häuslicher Gemeinschaft.

- Zwischen der pflegebedürftigen Person und der Ersatzpflegeperson besteht das folgende Verwandtschaftsverhältnis im vorstehenden Sinne beziehungsweise eine häusliche Lebensgemeinschaft:

---

Bitte Verwandtschaftsverhältnis oder Lebensgemeinschaft angeben

In diesem Fall sind die Nachweise über die Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, zum Beispiel Fahrkosten, Verdienstausfall, beigelegt.

Für die Richtigkeit:

---

Datum, Unterschrift der Pflegeperson

---

Datum, Unterschrift der Ersatzpflegeperson