



IKK - Die Innovationskasse  
19102 Schwerin

## Abrechnung der stundenweisen Verhinderungspflege

Sehr geehrte Pflegevertretung,

wir bedanken uns bei Ihnen, dass Sie die Pflege für unseren Versicherten unterstützen. Damit tragen Sie zur Sicherstellung der Versorgung unseres Versicherten wertvoll bei. Bitte beachten Sie, dass wir die Abrechnung nur so schnell wie möglich bearbeiten können, wenn der Bogen gut leserlich und vollständig ausgefüllt eingereicht wird.

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

KV-Nummer

### Angaben zur Ersatzpflegeperson

Name

Vorname

Geburtsdatum

KV-Nummer

Anschrift

Ist die Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ?

Nein  Ja

Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?

Nein  Ja





**Die stundenweise Verhinderungspflege erfolgte:**

Tag	von	bis	Stunden

Pflegestunden (gesamt)

Zu einem Stundensatz:

Betrag für **pflegerische Aufwände** (Stunden x Stundensatz):

**Zusätzlich anfallende Kosten:**

Fahrkosten PKW:

Anz. Fahrten  x gefahrene km  x 0,20 €/km =

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (Bitte Belege beifügen!):

Verdienstaufschlag (Bitte Nachweis beifügen!):

**Insgesamt entstandene Aufwendungen:**

**Bitte überweisen Sie den gesamten Betrag an meine Ersatzpflegeperson:**

**Bankverbindung der Ersatzpflegeperson:**

Kontoinhaber/in:

IBAN: DE

Der Gesamtbetrag wurde bereits der Ersatzpflegeperson übergeben. Bitte legen Sie eine Empfangsbestätigung in Form einer Quittung bei.

**Bitte erstatten Sie den gesamten Betrag auf folgendes Konto:**

Kontoinhaber/in :

IBAN: DE





**Raum für Anmerkungen, Angabe für Rückfragen, Telefonnummer:**

---

Datum

---

Unterschrift der Ersatzpflegekraft



---

Datum

---

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen/  
Bevollmächtigten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Die persönlichen Daten benötigen wir, um unsere Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zu erfüllen. Ihre Mitwirkung ist nach § 60 SGB I erforderlich.

Die Angabe einer Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient bei Rückfragen um eine schnelle Kontaktaufnahme bei Ihren Anliegen.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter [www.die-ik.de](http://www.die-ik.de)

