

# novitas

Deine Pflegekasse

Bitte zurück an:  
novitas bkk  
Pflegekasse  
47050 Duisburg

## Kostennachweis über Erbringung der Verhinderungspflege

KNAERVVP

Name, Vorname Versicherten

Versichertennummer

### Bitte geben Sie an, in welcher Form die Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde:

- ☐ **Stundenweise Verhinderungspflege:** Verhinderung der Pflegeperson **weniger** als 8 Stunden täglich (z.B. private Termine, Entlastung, Arztbesuche, Veranstaltungen etc.)
- ☐ **Ganztägige Verhinderungspflege:** Verhinderung der Pflegeperson **mehr** als 8 Stunden täglich
- ☐ aufgrund von Krankheit, Rehabilitation, Krankenhaus, Fortbildungen etc.
- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson

*Die ganztägige Verhinderungspflege kann für einen Zeitraum von maximal 42 Tage (ab 01.07.2025 56 Tage) im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Bitte beachten Sie, dass für den Zeitraum der Inanspruchnahme der ganztägigen Verhinderungspflege eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt.*

Name, Vorname Ersatzpflegekraft:

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zur gepflegten Person?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht eine häusliche Gemeinschaft zur gepflegten Person?

☐ Ja

☐ Nein

### Angaben zur Abrechnung: Für die Verhinderungspflege wurde folgendes gezahlt

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Aufwendungen gezahlt: \_\_\_\_\_ Euro

Fahrtkosten gezahlt: \_\_\_\_\_ Euro

Verdienstausfall gezahlt: \_\_\_\_\_ Euro

**Gesamtbetrag gezahlt:** \_\_\_\_\_ Euro

☐ Die Erstattung soll auf mein Konto erfolgen.

☐ Die Erstattung soll an eine abweichende Bankverbindung gehen.

**IBAN**

**BIC**

**Kontoinhaber**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Pflegebedürftiger /  
Bevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Ersatzpflegekraft /  
Zahlungsempfänger)