

## EINZELVOLLMACHT & ABTRETUNG

### 1. Die pflegebedürftige Person (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(auf Krankenkassenkarte)

### 2. Die bevollmächtigte Person (Pflegerde/r Angehörige/r)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 3. Umfang der Bevollmächtigung

Hiermit bevollmächtige ich die oben unter Punkt 2 genannte Person, in meinem Namen:

- Entlastungstermine für pflegende Angehörige durch Unterschrift zu bestätigen.
- Leistungsnachweise für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) rechtsverbindlich zu unterzeichnen.

Diese Vollmacht umfasst die Abtretung des Leistungsanspruchs an die Alltagsbegleitung Soziale Wärme. Das Unternehmen wird hiermit ausdrücklich berechtigt, die von der bevollmächtigten Person quittierten Termine und Leistungen direkt mit der zuständigen Pflegekasse abzurechnen.

### 4. Gültigkeit

Diese Vollmacht ist ab dem Tag der Unterzeichnung gültig und gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: pflegebedürftige Person

(ab Pflegegrad 2)

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME DER VERHINDERUNGSPFLEGE

An die zuständige Pflegekasse

### *Meine Daten:*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Pflegekasse & Anschrift: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe einen Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 2) und meine Pflegepersonen werden im aktuellen Jahr, über den Zeitraum von 01. Januar bis 31. Dezember, aus sonstigen Gründen stundenweise (täglich weniger als acht Stunden), verhindert sein.

Für die Dauer der Verhinderung wird die Pflege von einem erwerbsmäßig tätigen Unternehmen: **Soziale Wärme, Roland Benecke, Saarstr. 144, 38116 Braunschweig, IK 460 338 962** übernommen. Es besteht kein Verwandtschaftsverhältnis. Die Zeiten der Verhinderungspflege (*auch Entlastung von Angehörigen*) werden vom Leistungserbringer erfasst und direkt bei ihnen in Rechnung gestellt.

Bitte senden sie auch eine Bestätigung der Kostenübernahme an den Leistungserbringer für Alltagsbegleitung:

Soziale Wärme  
Roland Benecke  
Saarstr. 144  
38116 Braunschweig  
**Fax: 0531 / 388 248 55**

Vielen Dank und beste Grüße

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: pflegebedürftige Person

## BEAUFTRAGUNG - ENTLASTUNGSGESPRÄCHE FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Hiermit beauftrage ich die Alltagsbegleitung Soziale Wärme (*im Folgenden „Leistungserbringer“ genannt*) mit der Durchführung von Entlastungsgesprächen und akzeptiere die folgenden Rahmenbedingungen:

### Meine Daten

(*pflegende Person*):

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### § 1 Gegenstand der Beauftragung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Durchführung von Entlastungsgesprächen für pflegende Angehörige. Die Pflege eines geliebten Menschen ist eine äußerst anstrengende Aufgabe, die körperlich, seelisch und organisatorisch stark fordert. Die Beratung dient der Begleitung und Unterstützung in dieser herausfordernden Situation.

Mögliche Themen der Entlastungsgespräche umfassen unter anderem:

- Emotionale Entlastung und psychische Stabilisierung
- Stressmanagement und Bewältigungsstrategien im Pflegealltag
- Kommunikation mit dem Betroffenen (Verhaltensveränderungen bei z. B. Demenz)
- Beratung zur Beantragung weitergehender Hilfen und Pflegeleistungen
- Aufzeigen und Vermitteln anderer Unterstützungsformen

### § 2 Ort der Beratung

Die Entlastungsgespräche finden nach vorheriger Vereinbarung in den Räumlichkeiten des Leistungserbringers statt: *In den Rosenäckern 39, 38116 Braunschweig.*

### § 3 Vergütung und Abrechnungsmöglichkeiten

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt nach der derzeit geltenden Preisliste (Stand November 2025). Der Stundensatz beträgt momentan 36,00 € je Stunde.

Abrechnung über die Pflegekasse: Damit die Kosten für die Entlastungsgespräche direkt über den Entlastungsbetrag oder das Budget der Verhinderungspflege mit der zuständigen Pflegekasse abgerechnet werden können, muss das separate Dokument „Einzelvollmacht und Abtretung“ & ggf. das Dokument „Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege“ (ab Pflegegrad 2) von der Person mit dem Pflegegrad (der zu pflegenden Person) unterzeichnet werden.

#### **§ 4 Terminvereinbarung und Absageregulung**

Die vereinbarten Beratungstermine sind verbindlich.

Sollte ein Termin von mir nicht wahrgenommen werden können, muss dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Erfolgt die Absage nicht oder nicht fristgerecht, behält sich der Leistungserbringer vor, den vollen Betrag für die ausgefallene Beratungszeit als Privatrechnung in Rechnung zu stellen.

#### **§ 5 Verschwiegenheitspflicht und Datenschutz**

Der Leistungserbringer verpflichtet sich zu Stillschweigen über alle in der Beratung besprochenen Inhalte sowie über alle persönlichen, gesundheitlichen und familiären Angelegenheiten, die im Rahmen der Zusammenarbeit bekannt werden. Diese Verschwiegenheitspflicht gilt auch über die Beendigung der Beratungen hinaus.

Die personenbezogenen Daten des Klienten sowie der zu pflegende Person werden nach den geltenden Vorgaben der Datenschutzgesetze (DSGVO) erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Daten werden datenschutzkonform gelöscht, sobald sie für die Erfüllung des Zwecks nicht mehr erforderlich sind. Der Klient hat jederzeit das Recht, die Löschung der gespeicherten Daten zu verlangen, sofern dem keine zwingenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (beispielsweise aus steuer- oder pflegerechtlichen Vorgaben) entgegenstehen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift: pflegende/r Angehörige/r