

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach §§ 36 ff. SGB XI. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER



BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Pflegekasse

Absender

Ihr Schreiben vom _____

Ihre Zeichen _____

Antrag auf Pflegeleistungen

– Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! –

Ich beantrage (Mehrfachnennung/Leistungskombinationen möglich)

Pflegegeld ▶ Punkte 1, 3 und 5 – 12

Monatliche Zahlung an die pflegebedürftige Person zur Unterstützung der privaten Pflege durch z. B. Familienangehörige.

Pflegesachleistung ▶ Punkte 2, 3 und 5 – 12

Pflege zu Hause durch ambulante Pflegedienste. Die Abrechnung erfolgt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse.

Tages-/Nachtpflege ▶ Punkte 4 – 12

Stundenweise Versorgung tagsüber oder nachts in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Die Abrechnung erfolgt zwischen der Einrichtung und der Pflegekasse.

Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen ▶ Punkte 4 – 12

Unterbringung in einer besonderen Einrichtung entweder vollständig oder nur wochentags.

oder ausschließlich

Vollstationäre Pflege ▶ Punkte 4 – 12

Vollständige Unterbringung und Versorgung in einem Pflegeheim.

– weiter auf Seite 2 –

Pflegekasse

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

1 Pflegegeld ► Bitte geben Sie hier Ihre private(n) Pflegeperson(en) an!

Pflegeperson 1:

Vorname

Name

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer der Pflegeperson (freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson)

Pflegeperson 2:

Vorname

Name

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer der Pflegeperson (freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson)

Die oben genannten Pflegepersonen

▪ sind nahe Angehörige (z. B. Ehegatten, Eltern, Kinder, Geschwister)	Pflegeperson 1	nein	ja
	Pflegeperson 2	nein	ja
▪ sind mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig	Pflegeperson 1	nein	ja
	Pflegeperson 2	nein	ja
▪ lassen sich von der Arbeit freistellen und nehmen Pflegezeit in Anspruch	Pflegeperson 1	nein	ja
	Pflegeperson 2	nein	ja
▪ beziehen eine Vollrente wegen Alters	Pflegeperson 1	nein	ja
	Pflegeperson 2	nein	ja

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

2 Pflegesachleistung

Folgenden Pflegedienst habe ich beauftragt bzw. werde ich beauftragen:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes

Grid for name and address of the care service.

Ich habe noch keinen Pflegedienst gefunden. Bitte teilen Sie mir mögliche Pflegedienste in meiner Nähe mit.

Neben dem Pflegedienst werde ich zusätzlich durch eine private Pflegeperson (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde, Nachbarn) versorgt:

nein ja Bei ja: Bitte füllen Sie unbedingt die Felder unter dem Punkt 1 Pflegegeld zu Ihren privaten Pflegepersonen aus.

3 Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen

Ich möchte einen Teil des Sachleistungsanspruches für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen (z. B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittag).

nein ja Bitte beachten Sie die Hinweise in der Ausfüllhilfe und im Merkblatt.

4 (Teil-)Stationäre Pflege

(Tages-/Nachtpflege, Vollstationäre Pflege, Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen)

Bitte geben Sie uns hier die (teil-)stationäre Pflegeeinrichtung an:

Name der Pflegeeinrichtung

Grid for the name of the care facility.

Straße

Nr.

Grid for street name and number.

PLZ

Ort

Grid for postal code and location.

Aufnahmedatum

Grid for the date of admission.

Ich habe noch keine Einrichtung gefunden. Bitte teilen Sie mir mögliche Anbieter in meiner Nähe mit.

Neben der Tages-/Nachtpflege werde ich zusätzlich durch eine private Pflegeperson (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde, Nachbarn) und/oder einem Pflegedienst versorgt:

nein ja Bei ja: Bitte füllen Sie unbedingt die Felder unter dem Punkt 1 Pflegegeld zu Ihren privaten Pflegepersonen aus und/oder geben Sie Ihren Pflegedienst unter dem Punkt 2 Pflegesachleistung an.

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

- Arbeitsunfalles/einer Berufskrankheit nein ja
- ärztlichen Behandlungsfehlers nein ja
- Versorgungsleidens/eines Kriegs- oder Wehrdienstschadens nein ja

Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen oder habe derartige Leistungen beantragt:

- nein ja, vom
- gesetzlichen Unfallversicherungsträger
 - Versorgungsamt (Bundesversorgungsgesetz)
 - Lastenausgleichsamt (Kriegs-/Wehrdienstschaden)
 - Sozialamt
 - sonstigen Leistungsträger

Kopie des Bescheides ist beigelegt. Kopie des Bescheides wird nachgereicht.

6 Beihilfe

Ich habe Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

- nein ja, weil
- ich Beamtin/Beamter bin/war.
 - mein(e) Ehepartner(in) Beamtin/Beamter ist/war.
 - ein Elternteil Beamtin/Beamter ist/war. – Nur bei pflegebedürftigen Kindern!

Name der Beihilfestelle

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Aktenzeichen

7 Vorversicherungszeit

Ich bin bereits zwei Jahre bei der BARMER – Pflegekasse (vormals BARMER GEK oder Deutsche BKK) versichert

- ja nein, zuvor war ich versichert bei der

Name der vorherigen Versicherung

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

8 Bankverbindung

Für die Zahlung des (anteiligen) Pflegegeldes und ggf. Erstattungen der Pflegekasse gilt folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

_____ (Nur bei ausländischer Bankverbindung erforderlich!)

9 Bevollmächtigung oder Betreuung

Für mich ist ein(e) amtliche(r) Betreuer(in) bestellt. nein ja ► Bitte Betreuungsurkunde

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n). nein ja ► oder Vollmacht beifügen.

Vorname der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten

Name der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten (freiwillige Angabe)

10 Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw.
der/des Bevollmächtigten

Ich bin tagsüber erreichbar unter
Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Pflegeleistung.

11 Angebot einer Beratung

Sicher haben Sie zu Ihrer pflegerischen Versorgung einige Fragen. Daher möchten wir Ihnen eine entsprechende Beratung anbieten. Diese Beratung sollte innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang erfolgen. Wir wissen, dass dies gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit aufgrund terminlicher Engpässe nicht immer möglich ist. Selbstverständlich können Sie uns auch einen Wunschtermin mitteilen, welcher außerhalb der 2-Wochen-Frist liegt. Wir setzen uns dann umgehend telefonisch mit Ihnen in Verbindung.

Um Ihre persönliche Situation zum Beratungsbedarf besser einschätzen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind selbstverständlich **freiwillig** und werden vertraulich behandelt. Wir versichern Ihnen, dass diese Angaben nur für die Einschätzung Ihres persönlichen Beratungsbedarfs verwendet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Auch wenn Sie die folgenden Fragen nicht beantworten möchten, haben Sie auf eine entsprechende Beratung selbstverständlich Anspruch. Sie können Ihre erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Bei einem Widerruf werden diese Daten unverzüglich gelöscht. Hierzu wenden Sie sich bei Bedarf bitte an Ihre BARMER.

Mit der beschriebenen Datennutzung bin ich einverstanden. ja nein

Ich wünsche eine telefonische Beratung: nein

ja (Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen!)

Häusliche Situation

Ich bin alleinlebend. ja nein

Ich erhalte Unterstützung durch Angehörige oder Bekannte in meinem häuslichen Umfeld. ja nein

Gesundheitszustand

Ich werde künstlich beatmet. ja nein

Ich bin in den letzten 6 Monaten mehr als einmal gestürzt. ja nein

Ich leide seit mehr als 2 Wochen an einer oder mehreren offenen Wunden. ja nein

Ich hatte in den letzten 6 Monaten einen Knochenbruch des Oberschenkels, des Beckens, der Schulter oder des Ober- bzw. Unterarmes. ja nein

12 Bestätigung zur Datennutzung

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie die Angaben zu Nr. 11 Angebot einer Beratung.

Ausfüllhilfe und Merkblatt zum Antrag auf Pflegeleistungen

Damit wir Ihnen Pflegeleistungen zur Verfügung stellen können, benötigen wir bei der erstmaligen Beantragung einige Angaben. Bitte erschrecken Sie nicht über den Umfang. In dem Fragebogen sind alle Leistungsmöglichkeiten aufgeführt. Sie müssen jedoch nur zu den Punkten Angaben machen, die Ihrer Pflegesituation entsprechen. Welche Punkte das sind, steht am Anfang des Fragebogens direkt hinter der von Ihnen gewählten Leistungsart.

1 Pflegegeld

Wenn Sie zu Hause von privaten Pflegepersonen (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn) versorgt werden, erhalten Sie von der BARMER – Pflegekasse ein monatliches Pflegegeld. Zusätzlich können wir unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegepersonen zahlen. Bitte geben Sie hier Ihre Pflegepersonen an und beantworten Sie die nachstehenden Fragen. Sofern Ihnen mehr als 2 Pflegepersonen helfen, machen Sie die Angaben für diese Personen bitte auf einem zusätzlichen Blatt und fügen dies dem Antrag bei.

2 Pflegesachleistung

Sie können zu Hause auch die Hilfe von professionellen Pflegekräften eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Der Pflegedienst rechnet die Kosten direkt mit der BARMER – Pflegekasse ab. Bitte geben Sie uns hier an, welcher Pflegedienst Sie versorgt bzw. versorgen wird. Pflegedienste in Ihrer Nähe teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine, den „Pflegelotsen“, auf unserer Homepage.

3 Übertragung aus den Ansprüchen von Pflegesachleistungen

Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, erhalten Sie ganz automatisch mit Ihrem Pflegegrad ein monatliches Budget von € 125,00 für sogenannte Entlastungsangebote. Dieses Budget können Sie erhöhen, indem Sie bis zu 40 % Ihrer Ansprüche auf Pflegesachleistungen auf Entlastungsangebote übertragen. Dadurch vermindert sich Ihr Anspruch auf Pflegesachleistung oder auf das (anteilige) Pflegegeld entsprechend. Bitte teilen Sie uns hier mit, ob Sie von der Übertragung Gebrauch machen möchten. Die übertragenen Leistungen können Sie für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen (z. B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittage).

4 (Teil-)Stationäre Pflege

Teilstationäre Pflege wird in Einrichtungen der Tages-/Nachpflege erbracht. In diesen Einrichtungen werden Sie nur einige Stunden am Tag oder über Nacht versorgt. Diese Hilfe können Sie jeden Tag oder auch nur einige Tage im Monat in Anspruch nehmen – ganz so, wie es für Sie am besten ist. Wenn Sie in einem Pflege-/Altersheim oder in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen leben, werden Sie dort rund um die Uhr versorgt. Bitte geben Sie uns hier an, in welcher Einrichtung Sie versorgt werden oder werden möchten. Einrichtungen in Ihrer Nähe teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine, den „Pflegelotsen“, auf unserer Homepage.

5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Vergleichbare Pflegeleistungen von anderen Sozialträgern müssen wir unter bestimmten Voraussetzungen auf Ihre Pflegeleistungen anrechnen. Wenn Sie entsprechende Leistungen erhalten oder beantragt haben, teilen Sie uns dies bitte hier mit.

6 Beihilfe

Wenn Sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben (z. B. durch einen ehemaligen Arbeitgeber), müssen wir diesen auf Ihre Pflegeleistungen anrechnen. Dies gilt auch, wenn Sie einen Anspruch durch Ihre(n) Ehepartner(in) haben. Wenn Sie sich nicht sicher sind, fragen Sie bitte die Beihilfestelle. Wir empfehlen Ihnen zur Sicherung Ihrer Ansprüche auch bei der Beihilfestelle einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen. Änderungen zu Ihren Ansprüchen teilen Sie Ihrer BARMER – Pflegekasse bitte umgehend mit.

7 Vorversicherungszeit

Um Pflegeleistungen erhalten zu können, müssen Sie mindestens 2 Jahre (innerhalb der letzten 10 Jahre) in der sozialen Pflegeversicherung versichert gewesen sein. Wenn Sie die letzten 2 Jahre nicht bei der BARMER – Pflegekasse versichert waren, benötigen wir Angaben zu Ihrer Vorkasse.