



Pflegekasse

Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Pflegeleistungen

– Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! –

Ich beantrage (Mehrfachnennung/Leistungskombinationen möglich)

- Pflegegeld** ▶ Punkte 1, 3 und 5 -11

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

- Pflegesachleistung** ▶ Punkte 2, 3 und 5 - 11

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

- Tages-/Nachtpflege** ▶ Punkte 4 - 11

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 - 11

Unterbringung in einer besonderen Einrichtung entweder vollständig oder nur wochentags.

oder ausschließlich

- Vollstationäre Pflege** ▶ Punkte 4 - 11

Vollständige Unterbringung und Versorgung in einem Pflegeheim.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

– weiter auf Seite 2 –

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

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

Pflegeperson 1:

Vorname Geburtsdatum

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer der Pflegeperson ¹⁾

Pflegeperson 2:

Vorname Geburtsdatum

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer der Pflegeperson ¹⁾

¹⁾ freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson

– weiter auf Seite 3 –

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

2 Pflegesachleistung

Folgenden Pflegedienst habe ich beauftragt bzw. werde ich beauftragen:

Name, Anschrift und Telefonnummer des Pflegedienstes

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

Straße

Straße

Nr.

PLZ

PLZ

Ort

Aufnahmedatum

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.

– weiter auf Seite 4 –

Name

Ihr Zeichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeits-/Haftpflichtunfalles/einer Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> ärztlichen Behandlungsfehlers | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsleidens/eines Kriegs- oder Wehrdienstschadens | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

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

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, vom | <input type="checkbox"/> gesetzlichen Unfallversicherungsträger |
| | | <input type="checkbox"/> Versorgungsamt (Bundesversorgungsgesetz) |
| | | <input type="checkbox"/> Lastenausgleichsamt (Kriegs-/Wehrdienstschaden) |
| | | <input type="checkbox"/> Sozialamt |
| | | <input type="checkbox"/> sonstigen Leistungsträger |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie des Bescheides ist beigelegt. | <input type="checkbox"/> Kopie des Bescheides wird nachgereicht. |
|--|--|

6 Beihilfe

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

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, weil | <input type="checkbox"/> ich Beamtin/Beamter bin/war. |
| | | <input type="checkbox"/> mein(e) Ehepartner(in) Beamtin/Beamter ist/war. |
| | | <input type="checkbox"/> 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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein, zuvor war ich versichert bei der |

Name der vorherigen Versicherung

– weiter auf Seite 5 –

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

_____ (Nur bei ausländischer Bankverbindung erforderlich!)
BIC

9 Bevollmächtigung oder Betreuung

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

Mich soll ein(n) Bevollmächtigte(r) vertreten. nein ja

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)

Bitte schicken Sie uns mit diesem Antrag eine Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht.

10 Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten.
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Telefonnummer für Rückfragen der BARMER und des MD
(Angabe ist freiwillig)

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Pflegeleistungen.

– weiter auf Seite 6 –

Name

Ihr Zeichen

11 Angebot einer Beratung

Gerne beraten wir Sie und beantworten Ihre Fragen zu Ihrer ganz persönlichen Pflegesituation. Wenn Sie das möchten, melden wir uns bei Ihnen, um einen Termin zu vereinbaren. Gerne kommen wir auch zu Ihnen nach Hause.

Ich wünsche eine Beratung durch die BARMER

Ich bin tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Angaben sind freiwillig)

Ihr Antrag auf Pflegeleistungen Zusätzliche Informationen und Hilfe zum Ausfüllen

Eins vorweg: Bitte erschrecken Sie nicht über den Umfang des Fragebogens. Hier sind alle möglichen Leistungsarten aufgeführt. Sie müssen nur zu den Leistungen Angaben machen, die Sie gewählt haben. Einige Punkte haben wir Ihnen hier näher erläutert.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?



Pflegebedürftigkeit bedeutet

- Sie können gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten wie zum Beispiel Körperpflege (Duschen, Toilettengang etc.) nicht mehr selbstständig bewältigen,
- Ihre körperliche, geistige oder psychische Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt oder
- Sie benötigen im Alltag Unterstützung oder Betreuung durch andere Personen.

Selbstpflege und Selbstständigkeit müssen dauerhaft eingeschränkt sein, mindestens aber voraussichtlich für sechs Monate. Brauchen Sie nur für kurze Zeit Hilfe, gelten Sie in der Regel nicht als pflegebedürftig.

Allein der Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung wie zum Beispiel Putzen, Einkaufen oder Wäsche waschen bedeutet ebenso keine Pflegebedürftigkeit.

Zu 1 Pflegegeld



Wenn Sie zu Hause von privaten Pflegepersonen (zum Beispiel von Angehörigen) versorgt werden, unterstützen wir Sie mit einem monatlichen Pflegegeld. Unter bestimmten Voraussetzungen zahlen wir Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Ihre Pflegeperson(en).

Zu 2 Pflegesachleistung



Sie können zu Hause auch von professionellen Pflegekräften eines Pflegedienstes versorgt werden. Pflegedienste in Ihrer Nähe teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine unter www.barmer.de/pflegelotse

Zu 3 Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen



Wenn Sie einen Pflegegrad haben und zu Hause gepflegt werden, erhalten Sie ganz automatisch ein monatliches Budget von 131,00 Euro für Entlastungsangebote. Sie können dieses Budget erhöhen, indem Sie bis zu 40 Prozent Ihres Anspruchs auf Pflegesachleistungen dahin übertragen. Wie dies geht, erfahren Sie unter www.barmer.de/pflege - oder rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gerne.

Zu 4 (Teil-)Stationäre Pflege



Bei teilstationärer Pflege werden Sie nur einige Stunden am Tag oder über Nacht in einer Einrichtung versorgt. Diese Hilfe können Sie jeden Tag oder auch nur einige Tage im Monat in Anspruch nehmen. Wenn Sie in einem Pflegeheim oder in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung leben, geben Sie uns hier bitte an, für welche Einrichtung Sie sich entschieden haben. Angebote in Ihrer Nähe teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine unter www.barmer.de/pflegelotse

Zu 5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit



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

Zu 6 Beihilfe



Wenn Sie Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, müssen wir diesen auf Ihre Pflegeleistungen anrechnen. Wir empfehlen Ihnen, auch bei der Beihilfestelle einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen.

Zu 7 Vorversicherungszeit



Damit wir Ihnen Pflegeleistungen zahlen können, müssen Sie innerhalb der letzten zehn Jahre mindestens zwei Jahre in der sozialen Pflegeversicherung versichert gewesen sein. Sie sind noch keine zwei Jahre bei uns versichert? Dann sagen Sie uns bitte, wo Sie vorher versichert waren.

Zu 9 Bevollmächtigung/Betreuung



Sie möchten, dass eine von Ihnen ausgewählte Person Ihre Interessen bei der BARMER für Sie vertritt und beispielsweise Anträge in Ihrem Namen stellen oder Auskünfte erhalten kann? Oder für Sie wurde eine gesetzliche Betreuung bestellt? Dann legen Sie dem Antrag bitte eine Vollmacht oder die Betreuungsurkunde bei. Einen Vordruck für die Vollmacht finden Sie unter: www.barmer.de/formulare

Bitte geben Sie an, welche Aspekte Ihre Vollmacht umfassen soll. Bitte beachten Sie: Briefe können wir nur einer Person zuschicken, auch wenn Sie mehreren Personen eine Vollmacht erteilt haben. Wenn Sie eine Vollmacht widerrufen möchten, genügt ein kurzer schriftlicher Hinweis an uns.

Zu 11 Sie benötigen eine Beratung zu Ihrer Pflegesituation?



Dann teilen Sie uns dies bitte im Antrag unter Punkt 11 "Angebot einer Beratung" mit und geben uns eine Telefonnummer an, unter der wir Sie erreichen können. Wir vereinbaren in dem Gespräch auch gerne eine persönliche Beratung bei Ihnen zu Hause.

Weitere Informationen



Hilfreiche Informationen rund um den Pflegeantrag haben wir auch in unseren Videos zusammengefasst. Schauen Sie doch mal unter www.barmer.de/pflegevideos