

Hinweis: Die Angaben zum Leistungsantrag beruhen auf den Mitwirkungspflichten der §§ 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und 50 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Fehlende oder unvollständige Angaben können zur Versagung des Leistungsanspruches (§ 66 SGB I) führen. Die Angabe der Bank bzw. Postgiroverbindung sind freiwillig.*)

BARMER GEK Pflegekasse
73524 Schwäbisch Gmünd

Absender

Ihr Schreiben vom
Versicherungsnummer

Antrag auf Pflegeleistung

1 Ambulante Pflege

1.1 Häusliche Pflegehilfe als Sachleistung durch Vertragspartner der Pflegekasse

Die häusliche Pflegehilfe wird durch professionelle Pflegekräfte eines Pflegedienstes erbracht. Hierfür haben wir mit Pflegediensten entsprechende Verträge abgeschlossen. Welche Pflegedienste in Ihrer Nähe zur Verfügung stehen, teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine, den „Pflegelotsen“, auf unserer Homepage. Hier erhalten Sie auch weiter gehende Informationen zu den Pflegediensten: www.barmer-gek.de/s050045.

Ich möchte die Hilfe eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Folgenden Pflegedienst habe ich beauftragt bzw. werde ich beauftragen:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienst

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

Zusätzlich beantrage ich ein anteiliges Pflegegeld, wenn die Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. Voraussetzung hierfür ist, dass neben dem Pflegedienst eine private Pflegeperson vorhanden ist (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn):

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

Hat die Pflegeperson (nicht der/die Pflegebedürftige) eine Rentenversicherungsnummer?

nein ja Rentenversicherungsnummer

es ist keine Pflegeperson vorhanden

*) Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen (z. B. §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X, 44 SGB XI) werden bei der Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung der Sozialdaten beachtet. Über Einzelheiten dieser Bestimmungen, insbesondere zum Widerspruchsrecht einer grundsätzlich zulässigen Übermittlung besonders schutzwürdiger Sozialdaten, den Mitwirkungspflichten und den Folgen fehlender Mitwirkung, klären wir Sie bei Bedarf auf.

Versicherte(r)

Versichertennummer

1.2 Pflegegeld

Wenn die Pflege im häuslichen Bereich ausschließlich durch private Pflegepersonen (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn) in geeigneter Weise und ausreichendem Umfang selbst sichergestellt werden kann, zahlt Ihnen die BARMER GEK – Pflegekasse ein monatliches Pflegegeld.

Ich möchte das Pflegegeld beantragen. Meine Pflegeperson/en ist/sind:

1. Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson Rentenversicherungsnummer*

2. Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson Rentenversicherungsnummer*

3. Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson Rentenversicherungsnummer*

*) Rentenversicherungsnummer der Pflegeperson, nicht der/des Pflegebedürftigen. Sofern Ihre Pflegeperson bisher keine Rentenversicherungsnummer hat, geben Sie hier bitte „keine“ an.

Wenn der Platz nicht ausreicht, machen Sie diese Angaben bitte für die weiteren Personen auf einem separaten Blatt und fügen es diesem Antrag bei.

1.3 Tages- oder Nachtpflege

Sie haben auch die Möglichkeit, eine teilstationäre Versorgung zu nutzen. In einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege wird die Pflege beispielsweise für einige Stunden am Tag oder über Nacht erbracht. 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. Welche Einrichtungen in Ihrer Nähe zur Verfügung stehen, teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine, den „Pflegelotsen“, auf unserer Homepage. Hier erhalten Sie auch weiter gehende Informationen zu den Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen: www.barmer-gek.de/s050045.

Ich möchte eine Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen. Ich besuche die folgende Einrichtung bzw. möchte diese Einrichtung besuchen:

Name, Anschrift und Rufnummer der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung Inanspruchnahme seit/ab

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

Ergänzend zur Tages- oder Nachtpflege wird meine Pflege im häuslichen Bereich sichergestellt. **Bitte wählen Sie die jeweilige Leistung auf diesem Vordruck aus (Punkt 1.1 oder 1.2) und tragen dort alle erforderlichen Informationen ein.**

Versicherte(r)

Versichertennummer

1.4 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Neben der häuslichen Pflege stellen wir Ihnen auch einen monatlichen Geldbetrag zur Nutzung zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Verfügung. Dabei handelt es sich um Angebote eines Pflegedienstes oder um anerkannte niedrigschwellige Angebote, wie z. B. eine Betreuung durch ein Demenzcafé oder um haushaltsnahe Dienstleistungen. Sie können diese Leistungen auch schon beantragen, wenn Sie bisher noch kein passendes Angebot gefunden haben. Der monatliche Betrag wird dann für Sie angespart (maximal bis zum 30.06. des Folgejahres). Welche Angebote es in Ihrer Nähe gibt und wie Sie diese in Anspruch nehmen können, teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt.

Wenn Sie zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen möchten, kreuzen Sie bitte das nebenstehende Kästchen an.

Reicht der monatliche Betrag von € 104,00 bzw. € 208,00 zur Nutzung der anerkannten niedrigschwelligen Angebote nicht aus, können Sie zusätzlich einen Teil Ihres Sachleistungsanspruches (Punkt 1.1) für diese Leistungen nutzen (maximal bis zu 40 % des Anspruches möglich, gerne beraten wir Sie zu Ihren Möglichkeiten).

Der monatliche Geldbetrag ist nicht ausreichend. Daher möchte ich zusätzlich einen Teil des Sachleistungsanspruches (Punkt 1.1) für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen.

2 Vollstationäre Pflege

Kann die Pflege zu Hause nicht sichergestellt werden, haben Sie die Möglichkeit in ein Pflegeheim zu ziehen. Welche Pflegeheime in Ihrer Nähe zu finden sind, teilen wir Ihnen gerne mit – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine, den „Pflegelotsen“, auf unserer Homepage. Hier erhalten Sie auch weiter gehende Informationen zu den Einrichtungen: www.barmer-gek.de/s050045.

Ich möchte in einem Pflegeheim versorgt werden bzw. ich lebe bereits in einem Pflegeheim. Ich wohne in der folgenden Einrichtung bzw. werde dort wohnen:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegeheims

Aufnahmedatum

Ich habe noch keine Einrichtung gefunden. Bitte teilen Sie mir ein Pflegeheim in meiner Nähe mit.

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

3.1 Die Pflegebedürftigkeit ist Folge eines Unfalls, einer Berufskrankheit, eines ärztlichen Behandlungsfehlers oder eines Wehrdienstschadens:

nein ja

3.2 Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen – z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus der gesetzlichen Unfallversicherung (bitte nachstehend angeben oder ggf. eine Kopie des Anerkennungsbescheides beifügen) – oder ich habe derartige Leistungen beantragt (bitte nähere Angaben):

nein ja Bezeichnung der Leistung/Leistungsträger/Aktenzeichen

Versicherte(r)

Versichertennummer

4 Beihilfe

Wenn Sie oder Ihre Ehegattin bzw. Ihr Ehegatte als Beamtin bzw. Beamter tätig sind oder waren, haben Sie ggf. einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge durch den (ehemaligen) Arbeitgeber. Wenn Sie sich nicht sicher sind, fragen Sie bitte die Beihilfestelle. Diese Ansprüche sind (teilweise) auf die Pflegeleistungen der BARMER GEK – Pflegekasse anzurechnen. 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 GEK – Pflegekasse bitte umgehend mit.

4.1 Ich bin/war Beamtin/Beamter und habe Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

nein ja Name und Anschrift der Beihilfestelle/Aktenzeichen

4.2 Mein Ehepartner ist/war Beamtin/Beamter. Dadurch bestehen auch für mich Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

nein ja Name und Anschrift der Beihilfestelle/Aktenzeichen

4.3 Bei pflegebedürftigen Kindern: Ein Elternteil ist/war Beamtin/Beamter. Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit bestehen auch für das Kind.

nein ja Name und Anschrift der Beihilfestelle/Aktenzeichen

5 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 GEK – Pflegekasse versichert waren, benötigen wir Angaben zu Ihrer Vorkasse.

Ich bin bereits zwei Jahre bei der BARMER GEK – Pflegekasse versichert

ja nein, zuvor war ich versichert bei der Name der vorherigen Versicherung

6 Pflegeperson

Für Ihre private Pflegeperson kann die BARMER GEK – Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Rentenversicherung zahlen. Bitte beantworten Sie daher die nachstehenden Fragen. Wenn Ihnen mehrere Pflegepersonen helfen, machen Sie diese Angaben bitte für jede weitere Person auf einem separaten Blatt und fügen es diesem Antrag bei.

Handelt es sich bei der unter Punkt 1 genannten Pflegeperson um einen nahen Angehörigen (z. B. Ehegatte, Eltern, Kind, Geschwister)?	nein	ja
Ist die Pflegeperson mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig?	nein	ja
Lässt sich die Pflegeperson von der Arbeit freistellen und nimmt Pflegezeit in Anspruch?	nein	ja
Bezieht die Pflegeperson eine Vollrente wegen Alters?	nein	ja

Versicherte(r)

Versichertennummer

7 Bankverbindung

Für die Zahlung des (anteiligen) Pflegegeldes und für die Erstattung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen geben Sie hier bitte die entsprechende Bankverbindung an.

Kontoinhaber(in)

Geldinstitut

IBAN

BIC

8 Unterschrift und Bevollmächtigung

Mit der nachstehenden Unterschrift beantragen Sie die Leistungen. Erfolgt die Beantragung durch eine bevollmächtigte Person, fügen Sie bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. Vollmacht bei (sofern uns diese nicht bereits vorliegt).

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

Ich bin tagsüber erreichbar unter Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

9 Erklärung

Der Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit wird durch medizinisch-pflegerisches Fachpersonal des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder durch unabhängige Gutachter festgestellt. In der Regel erfolgt die Begutachtung bei Ihnen zu Hause. Für die Gutachter ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn sie von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten können.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, die stationäre Pflegeeinrichtung sowie den von mir in Anspruch genommenen Pflegedienst von ihrer Schweigepflicht, soweit deren Unterlagen und Auskünfte zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und/oder eines unabhängigen Gutachters für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig. Erteile ich sie nicht, entstehen mir keine Nachteile hinsichtlich meiner Leistungsansprüche. Allerdings kann meine Versorgung ohne diese Erklärung unter Umständen nicht optimal und individuell auf meine Bedürfnisse angepasst erfolgen. Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

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

Mit dieser Unterschrift stimmen Sie der Erklärung zu.

Bitte teilen Sie uns hier noch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt mit:

Name, Anschrift und Rufnummer

10 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.

