

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

BARMER



Pflegekasse

BARMER Pflegekasse
73524 Schwäbisch Gmünd

Versicherte/r

[Redacted fields for insured person details]

Datum: [Redacted]
Versichertennummer: [Redacted]

Pflegeleistungen

1. Umstellung

Es haben/werden sich Änderungen in meiner pflegerischen Versorgung ergeben.
Ich beantrage daher eine Umstellung auf folgende Leistungen:

1.1 Sachleistung, ab dem nehme ich folgenden Pflegedienst in Anspruch:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes
[Redacted]

sowie anteiliges Pflegegeld, wenn die Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. Voraussetzung hierfür ist, dass eine Pflegeperson vorhanden ist (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde oder Nachbarn).

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson
[Redacted]

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

nein ja Rentenversicherungsnummer [Redacted]

Es ist keine Pflegeperson vorhanden.

1.2 Pflegegeld für eine private Pflegeperson ab dem

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson
[Redacted]

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

nein ja Rentenversicherungsnummer [Redacted]

*) 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.

Datum (TT.MM.JJ)

1.3 Tages-/Nachtpflege ab dem

Name, Anschrift und Rufnummer der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung

- Ergänzend zur Tages- und Nachtpflege wird die Pflege im häuslichen Bereich sichergestellt. Bitte wählen Sie die jeweiligen Leistungen auf diesem Vordruck aus und tragen dort alle erforderlichen Informationen ein.

Datum (TT.MM.JJ)

1.4 Vollstationäre Pflege ab dem

Name und Anschrift des Pflegeheims

2 Höherstufung

- Ich beantrage eine Höherstufung. Meine Selbstständigkeit ist seit der letzten Begutachtung im pflegerischen Alltag geringer geworden.

3 Entlastungsleistungen (nur bei ambulanter Pflege möglich!)

- Ergänzend möchte ich einen Teil des Sachleistungsanspruches für Entlastungsangebote in Anspruch nehmen (maximal bis zu 40 % des Anspruches möglich, gerne beraten wir Sie zu den Möglichkeiten in einem persönlichen Gespräch).

4 Bankverbindung für die Überweisung der Pflege-/Entlastungsleistung

Kontoinhaber/in

Geldinstitut

BIC

IBAN

5 BeratungIch wünsche eine telefonische Beratung ja nein

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

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Ich bin tagsüber zu erreichen unter

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Leistung.