

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



## Pflegekasse

**BARMER**  
73524 Schwäbisch Gmünd

### 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

[ Raster für den Namen des Pflegedienstes ]

[ Raster für die Anschrift und Rufnummer 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 unsere Informationen und Hilfe zum Ausfüllen.

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

[ Raster für den Namen der Pflegeeinrichtung ]

[ Raster für den Namen der Pflegeeinrichtung ]

Straße

Nr.

[ Raster für die Straße ]

[ Raster für die Nr. ]

PLZ

Ort

[ Raster für die PLZ ]

[ Raster für den Ort ]

Aufnahmedatum

[ Raster für das 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.

Name

Ihr Zeichen

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit**

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

- Arbeits-/Haftpflichtunfalles/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

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n).      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

Ich bin tagsüber erreichbar unter  
Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

\_\_\_\_\_  
Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Pflegeleistung.

Name

Ihr Zeichen

---

**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.

Ich wünsche eine Beratung:

ja

nein

Ich bin tagsüber erreichbar unter:

---

Telefonnummer (Angabe ist 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 Punkten Angaben machen, die zu der von Ihnen gewählten Leistung gehören.

### 1 Pflegegeld



Wenn Sie zu Hause von privaten Pflegepersonen (zum Beispiel von Angehörigen) versorgt werden, unterstützen wir Sie mit einem monatlichen Pflegegeld. Zusätzlich können wir unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für Ihre Pflegeperson(en) zahlen. Bitte geben Sie hier an wer Sie pflegt und beantworten Sie die nachstehenden Fragen. Sofern Ihnen mehr als zwei 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 von professionellen Pflegekräften eines Pflegedienstes versorgt werden. Der Pflegedienst rechnet die Kosten direkt mit uns ab. Bitte geben Sie uns hier an, für welchen Pflegedienst Sie sich entschieden haben. Pflegedienste in Ihrer Nähe, sowie Informationen zu deren Leistungen und Preise teilen wir Ihnen gerne mit. Wir können Ihnen auch eine Aufstellung zusenden – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine unter [www.barmer.de/pflegelotse](http://www.barmer.de/pflegelotse).

### 3 Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen



Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, erhalten Sie ganz automatisch mit Ihrem Pflegegrad ein monatliches Budget von 125,00 Euro für Entlastungsangebote. Sie können dieses Budget um bis zu 40 Prozent Ihres Anspruches auf Pflegesachleistungen erhöhen. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie sich für Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder eine Kombination aus beiden Leistung entscheiden. Natürlich vermindern sich diese Ansprüche dann entsprechend. Den höheren Anspruch können Sie nur für so genannte anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittag) nutzen.

### 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 – ganz so, wie es für Sie am besten ist. Wenn Sie in einem Pflegeheim oder in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung leben, werden Sie dort rund um die Uhr versorgt. Bitte geben sie uns hier an, für welche Einrichtung Sie sich entschieden haben. Einrichtungen in Ihrer Nähe sowie Informationen zu deren Leistungen und Preise teilen wir Ihnen gerne mit. Wir können Ihnen auch eine Aufstellung zusenden – ein Anruf genügt. Oder Sie nutzen unsere Suchmaschine unter [www.barmer.de/pflegelotse](http://www.barmer.de/pflegelotse).

### 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.

### 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.

### 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.

### 8 Können wir Sie zu Ihrer Pflegesituation beraten?



Dann beantworten Sie die Frage bitte mit „ja“ und geben Sie uns eine Telefonnummer an, unter der Sie zu erreichen sind. 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](http://www.barmer.de/pflegevideos).