

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 ist freiwillig. *)

Pflegekasse

BARMER GEK

Absender

Datum:

Versichertennummer:

Pflegeleistungen für , **geboren am**

1 Gewünschte Leistung

1.1 Häusliche Pflegehilfe als Sachleistung durch Vertragspartner der Pflegekasse

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes

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

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

Rentenversicherungsnummer

nein ja

Es ist keine Pflegeperson vorhanden.

1.2 Pflegegeld (Die Pflege kann im häuslichen Bereich durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise und ausreichendem Umfang selbst sichergestellt werden.)

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

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

Rentenversicherungsnummer

nein ja

*) 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.

1 Gewünschte Leistung – Fortsetzung1.3 Zusätzliche Betreuungsleistungen

- Ergänzend möchte ich einen Teil des Sachleistungsanspruches (Punkt 1.1) für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch nehmen (maximal bis zu 40 % des Anspruches möglich, gerne beraten wir Sie zu Ihren Möglichkeiten).

1.4 Tages- und Nachtpflege

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeeinrichtung

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

1.5 Vollstationäre Pflege

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeeinrichtung

Datum (TT.MM.JJ)

Aufnahmedatum

2 Angabe zur Pflegebedürftigkeit

2.1 Ist die Pflegebedürftigkeit Folge eines Unfalls, einer Berufskrankheit, eines ärztlichen Behandlungsfehlers oder eines Wehrdienstschadens?

- nein ja

2.2 Werden bereits vergleichbare Pflegeleistungen – z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus der gesetzlichen Unfallversicherung – gewährt (bitte nachstehend angeben oder ggf. den Anerkennungsbescheid – Kopie ist ausreichend – beifügen) oder sind derartige Leistungen beantragt (bitte nähere Angaben)?

- nein ja

Bezeichnung der Leistung/Leistungsträger/Aktenzeichen

3 Beihilfe

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

- nein ja

Name und Anschrift der Beihilfestelle/Aktenzeichen

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

- nein ja

Name und Anschrift der Beihilfestelle/Aktenzeichen

3 Beihilfe – Fortsetzung

3.3 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
 nein ja

Im Zweifelsfall fragen Sie bitte Ihre Beihilfestelle. Änderungen teilen Sie Ihrer BARMER GEK Pflegekasse bitte umgehend mit.

4 Vorversicherungszeiten

Ich bin bereits zwei Jahre bei der BARMER GEK (vormals BARMER oder GEK) versichert.

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

5 Pflegeperson

Handelt es sich bei der unter Nr.1 genannten Pflegeperson um einen nahen Angehörigen (z.B. Ehegatte, Eltern, Kind, Geschwister)?

nein ja

Ist die Pflegeperson berufstätig?

nein ja

Lässt sich die Pflegeperson von der Arbeit freistellen und nimmt Pflegezeit in Anspruch?

nein ja

6 Sonstiges

6.1 Bankverbindung für die Überweisung der Pflege-/Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Kontoinhaber(in)

Geldinstitut IBAN BIC

6.2 Hausärztin/Hausarzt

Name, Anschrift und Rufnummer

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

Ich bin tagsüber erreichbar unter Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Leistung.

Erklärung

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

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.

Angebot einer Beratung

Sicher haben Sie zu Ihrer pflegerischen Versorgung einige Fragen. Daher möchten wir Ihnen eine entsprechende Beratung anbieten. Diese Beratung soll 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 Fragen nicht beantworten möchten, haben Sie selbstverständlich Anspruch darauf, eine entsprechende Beratung zu erhalten. Sie können Ihre erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Hierzu wenden Sie sich bei Bedarf bitte an Ihre zuständige Geschäftsstelle.

Mit der beschriebenen Datennutzung bin ich einverstanden.

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

Ich wünsche eine telefonische Beratung ja (bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen!) nein

Häusliche Situation

Werden Sie in Ihrem häuslichen Umfeld durch Angehörige oder Bekannte unterstützt? ja nein

Gesundheitszustand

Werden Sie künstlich beatmet? ja nein

Angebot einer Beratung - Fortsetzung

Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate einen Hirninfarkt oder Schlaganfall? ja nein

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

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

Dekubitus ja nein

Alzheimer/Demenz ja nein

Inkontinenz ja nein

Krebs ja nein

Parkinson ja nein

ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) ja nein