

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 Bankverbindung ist freiwillig. *)

BARMER



BARMER Pflegekasse
73524 Schwäbisch Gmünd

Pflegekasse

Versicherte/r

Datum:

Versichertennummer:

Pflegeleistungen

1. Umstellung

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

Datum (TT.MM.JJ)

1.1 Sachleistung, ab dem

nehme ich folgenden Pflegedienst in Anspruch:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes



Zehn und Brauner GbR | Jehnstraße 53, 03943 Weißwasser
Telefon +49 3576 21 97 92 | Fax +49 3576 21 98 67

JK: 461422989

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?

nein ja Rentenversicherungsnummer

Es ist keine Pflegeperson vorhanden.

1.2 Pflegegeld für eine private Pflegeperson ab dem

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

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

nein ja Rentenversicherungsnummer

44170SAP_V01
BG-4-44170

*) 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

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 Beratung

Ich 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.