

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 Bank- bzw. Postgiroverbindung ist freiwillig. *)

BARMER GEK

[Redacted area for BARMER GEK details]

Absender

[Redacted area for Absender details]

Datum:

[Redacted area for Datum]

Versichertennummer:

[Redacted area for Versichertennummer]

Pflegeleistungen

1 Beantragte Leistung

- Häusliche Pflegehilfe als Sachleistung durch Vertragspartner der Pflegekasse (z.B. Sozialstation)

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes

[Redacted area for Pflegedienst details]

- 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 area for Pflegeperson details]

- Es ist keine Pflegeperson vorhanden.

- 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

[Redacted area for Pflegeperson details]

- Zusätzliche Betreuungsleistungen (Für altersverwirrte, geistig behinderte und psychisch kranke Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf)

- Tages- und Nachtpflege

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeeinrichtung

[Redacted area for Pflegeeinrichtung details]

- Ergänzend zur Tages- und Nachtpflege wird die Pflege im häuslichen Bereich sichergestellt. Ich wünsche daher die Kombination der Tages- und Nachtpflege mit Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld. (Bitte wählen Sie die jeweilige Leistung auf diesem Vordruck aus und tragen dort alle erforderlichen Informationen ein.)

*) 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 Beantragte Leistung – Fortsetzung Vollstationäre Pflege

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeeinrichtung

Aufnahmetag

Datum (TT.MM.JJ) *

* z.B. 01.06.09

2 Angaben 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

2.3 Ich war/bin Beamtin/Beamter/Pensionärin/Pensionär. Dadurch besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Im Zweifelsfall fragen Sie bitte Ihre Beihilfestelle.

 nein (Änderungen sind der Pflegekasse umgehend mitzuteilen)

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

 ja**3 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

4 Sonstiges

4.1 Bankverbindung für die Überweisung der Pflege-/Betreuungsleistungen

Kontoinhaber/in

Name des Geldinstituts

Bankleitzahl

Kontonummer

4.2 Hausärztin/Hausarzt

Name, Anschrift und Rufnummer

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

Telefonnummer (optional)

Ich bin tagsüber zu erreichen unter

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Leistung.

Erklärung

Der Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit wird durch medizinisch-pflegerisches Fachpersonal des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) festgestellt. In der Regel erfolgt die Begutachtung bei Ihnen zu Hause. Für den MDK 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 für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Mit einer Begutachtung in meiner Wohnung bin ich einverstanden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen durch den MDK.

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.