

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



BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Pflegekasse

Absender

Ihr Schreiben vom _____

Ihre Zeichen _____

Antrag auf Höherstufung oder Umstellung der Pflegeleistungen

– Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! –

Es haben/werden sich Änderungen in meiner Pflege ergeben. Ich beantrage daher

eine Höherstufung ► Punkte 6 - 8

Ich beantrage eine Höherstufung. Meine Selbstständigkeit ist seit der letzten Begutachtung geringer geworden.

die Umstellung auf folgende Leistungen, ab dem (Mehrfachnennungen/Leistungskombinationen möglich):

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pflegegeld ► Punkte 1 und 5 - 8

Monatliche Zahlung an die pflegebedürftige Person zur Unterstützung der privaten Pflege zum Beispiel durch Familienangehörige.

Pflegesachleistung ► Punkte 2 und 5 - 8

Pflege zu Hause durch ambulante Pflegedienste. Die Abrechnung erfolgt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse.

Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen ► Punkte 3 und 5 - 8

Wenn Sie weniger Sachleistungen und dafür besondere Entlastungsleistungen nutzen möchten.

Tages-/Nachtpflege ► Punkte 4 - 8

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 - 8

Unterbringung in einer besonderen Einrichtung entweder vollständig oder nur wochentags.

oder ausschließlich

Vollstationäre Pflege ► Punkte 4 - 8

Vollständige Unterbringung und Versorgung in einem Pflegeheim.

– weiter auf Seite 2 –

Bitte in Druckbuchstaben 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

Form for name of care facility (row 1)

Form for name of care facility (row 2)

Straße

Nr.

Form for street name and number

PLZ

Ort

Form for postal code and location

Aufnahmedatum

Form for admission date

Neben der Tages-/Nachtpflege werde ich zusätzlich durch eine private Pflegeperson (zum Beispiel 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 Ihrer privaten Pflegeperson aus und/oder geben Sie Ihren Pflegedienst unter dem Punkt 2 Pflegesachleistung an.

5 Bankverbindung

Für die Zahlung des (anteiligen) Pflegegeldes und ggf. Erstattungen der Pflegekasse gilt folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber

Form for account holder name (row 1)

Geldinstitut

Form for financial institution name (row 1)

IBAN

Form for IBAN (row 1)

BIC

Form for BIC (row 1)

