

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach §§ 37 ff. SGB XI. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, gibt es ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

BARMER



Pflegekasse

BARMER
73520 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Pflegegeld im Ausland¹⁾

Erstantrag

Höherstufung

Angabe der Staatsangehörigkeit

Ich habe folgende Staatsangehörigkeit: _____

Ich werde zu Hause mit der Hilfe von privaten Pflegepersonen (z. B. Familienangehörige, Freunde) gepflegt.

Name, Anschrift und Rufnummer 1. Pflegeperson

Name, Anschrift und Rufnummer 2. Pflegeperson

Die oben genannten Pflegepersonen

▪ sind nahe Angehörige (z. B. Ehegatten, Eltern, Kinder, Geschwister)	Pflegeperson 1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Pflegeperson 2	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
▪ sind mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig	Pflegeperson 1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Pflegeperson 2	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
▪ lassen sich von der Arbeit freistellen und nehmen Pflegezeit in Anspruch	Pflegeperson 1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Pflegeperson 2	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
▪ beziehen eine Vollrente wegen Alters	Pflegeperson 1	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Pflegeperson 2	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Meine Pflege wird durch die nachstehende Pflegeeinrichtung sichergestellt. Hierfür kann ebenfalls das Pflegegeld gezahlt werden. Für weitere Pflegeleistungen (Sachleistung, stationäre Leistung) wende ich mich ggf. an den Träger vor Ort.

Name, Anschrift und Rufnummer der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung

¹⁾ Anspruch auf Leistungen der deutschen Pflegeversicherung besteht ausschließlich bei Aufenthalt in der Schweiz bzw. einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraums. Hierzu gehören Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

- Arbeits-Haftpflichtunfalles/einer Berufskrankheit nein ja
- ärztlichen Behandlungsfehlers nein ja
- Versorgungsleidens/eines Kriegs- oder Wehrdienstschadens nein ja
- Gesundheitsschadens (Unfall, Körperverletzung usw.) nein ja

Der Gesundheitsschaden wurde durch folgende Institution anerkannt:

- Bundesversorgungsgesetz (BVG) Opferentschädigungsgesetz (OEG)
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG) Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)

Angaben zu vergleichbaren Pflegeleistungen

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
- ausländischen Krankenversicherungsträger
- sonstigen Leistungsträger

Die Kopie des Bescheides ist beigefügt.
 wird nachgereicht.

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 und Anschrift der Beihilfestelle/Aktenzeichen

Vorversicherungszeit

Ich bin bereits zwei Jahre bei der BARMER – Pflegekasse (vormals BARMER GEK oder Deutsche BKK) versichert.

ja

Name der vorherigen Versicherung

nein, zuvor war ich versichert bei der

Name

Ihr Zeichen

Bevollmächtigung oder Betreuung

Für mich ist ein(e) amtliche(r) Betreuer(in) bestellt. nein ja

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n). nein ja

Name, Anschrift und Telefonnummer der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten

Eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. Vollmacht ist beigelegt.
 wird nachgereicht.

Bankverbindung für die Zahlung des Pflegegeldes

D | **E** | _____
Deutsche IBAN

Ausländische IBAN

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

Falls Kontoinhaber(in) und Zahlungsempfänger(in) voneinander abweichen, bitte eintragen

Name und Anschrift der Kontoinhaber(in) / des Kontoinhabers

Pflegeberatung

Ich habe Fragen zu meiner Pflege und wünsche eine telefonische Beratung

Telefonnummer

nein ja, unter folgender Rufnummer: _____ (freiwillige Angabe)

Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach Meine BARMER)

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie das Pflegegeld.