



Absender

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

## Antrag auf Pflegeleistungen im Ausland<sup>1)</sup>

Ich beantrage

- ☐ **Pflegegeld** ► Bitte Punkte 1 - 7 und 9 ausfüllen.  
Monatliche Zahlung an die pflegebedürftige Person zur Unterstützung der privaten Pflege zum Beispiel durch Familienangehörige.
- ☐ **Pflegesachleistung** ► Bitte Punkte 1 - 7 und 9 ausfüllen.  
Pflege durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung. Pflegesachleistungen sind beim Träger vor Ort zu beantragen. Wir leiten Ihren Antrag daher an den zuständigen Träger weiter.
- ☐ **eine Höherstufung** ► Bitte Punkte 6, 7 und 9 ausfüllen.  
Mein Hilfebedarf hat sich seit der letzten Begutachtung erhöht.

- 1 Ich habe Pflegesachleistungen bei einem ausländischen Träger der Pflegeversicherung beantragt oder erhalte diese bereits:

- ☐ nein
- ☐ ja (Bescheid ist beigelegt oder wird nachgereicht.)

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

**Pflegeperson 1:** ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum<sup>2)</sup>

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort, Land

- <sup>1)</sup> Anspruch auf Leistungen der deutschen Pflegeversicherung besteht ausschließlich bei Aufenthalten 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.
- <sup>2)</sup> freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

**Pflegeperson 2:**

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

☐ keine Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum<sup>2)</sup>

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort, Land

### 3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

- |  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeits-Haftpflichtunfalles/einer Berufskrankheit   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> ärztlichen Behandlungsfehlers                       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsleidens/ Kriegs- oder Wehrdienstschadens | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsschadens (Unfall, Körperverletzung usw.) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Ich habe vergleichbare Pflegeleistungen bei anderen in- oder ausländischen Stellen beantragt oder erhalte diese bereits:

☐ nein

☐ ja (Bescheid ist beigefügt bzw. wird nachgereicht)

- ☐ aus der gesetzlichen Unfallversicherung
- ☐ nach dem sozialen Entschädigungsrecht (nach den Vorschriften des ehemaligen Bundesversorgungsgesetzes)
- ☐ nach dem Soldatenentschädigungsgesetz (ehemals Soldatenversorgungsgesetz)
- ☐ vom Sozialamt
- ☐ von einem sonstigen Leistungsträger

### 4 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 der Beihilfestelle

Straße, PLZ und Ort

Aktenzeichen

<sup>2)</sup> freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson

Name

Ihr Zeichen

### 5 Vorversicherungszeit

Ich bin bereits zwei Jahre bei der BARMER – Pflegekasse versichert.

☐ ja

☐ nein, zuvor war ich versichert bei der

\_\_\_\_\_  
Name der vorherigen Versicherung

### 6 Bevollmächtigung oder Betreuung

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

☐ nein

☐ ja

Mich soll ein(e) Bevollmächtigte(r) vertreten.

☐ nein

☐ ja

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. Vollmacht

☐ ist beigelegt.

☐ wird nachgereicht.

### 7 Bankverbindung für die Zahlung des Pflegegeldes (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

**D E** \_\_\_\_\_  
Deutsche IBAN

\_\_\_\_\_  
Ausländische IBAN (falls auf diese IBAN erstattet werden soll)

\_\_\_\_\_  
BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

### 8 Angebot einer Beratung

Gerne beraten wir Sie und beantworten Ihre Fragen zu Ihrer ganz persönlichen Pflegesituation. Wenn Sie das möchten, melden wir uns bei Ihnen, um einen Termin zu vereinbaren.

☐ Ich wünsche eine Beratung durch die BARMER.

Ich bin tagsüber erreichbar unter folgenden Telefonnummern (Angaben sind freiwillig):

### 9 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen der  
BARMER und des MD (Angabe ist freiwillig)