



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Pflegeleistungen im Ausland¹⁾

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 beigefügt 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

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder gehaftet zurück schicken.

Name, Vorname

Geburtsdatum²⁾

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort, Land

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.

²⁾ freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson

Name

Ihr Zeichen

Pflegeperson 2: weiblich männlich divers keine Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum²

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort, Land

3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge eines

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

- nein ja
- nein ja
- nein ja
- nein 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 Beamterin/Beamter bin/war.

mein(e) Ehepartner(in) Beamterin/Beamter ist/war.

ein Elternteil Beamterin/Beamter ist/war. (Nur bei pflegebedürftigen Kindern!)

Name der Beihilfestelle

Straße, PLZ und Ort

Aktenzeichen

²⁾ 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 beigefügt.

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

_____ Nr.
Straße

PLZ _____ Ort _____
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)