

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 40 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



Absender

BARMER

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Antrag auf Veränderung meines Wohnbereichs

Um meine Pflege sicherstellen zu können, ist eine Veränderung des Wohnbereichs erforderlich. Dadurch wird

- meine Pflege zu Hause ermöglicht
- meine Pflege erheblich erleichtert
- meine Selbstständigkeit im Alltag erhöht

Folgende Änderungen sollen vorgenommen werden:

Die Änderungen sind für mehrere pflegebedürftige Personen in meinem Haushalt erforderlich.

- nein Anzahl
- ja, für zusätzlich _____ pflegebedürftige Personen
Bitte beachten Sie, dass jede(r) Bewohner(in) einen eigenen Antrag stellen muss.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Gut zu wissen: Die Verarbeitung der Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach § 40 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.

Name

Ihr Zeichen

Beratung

Ich habe Fragen zu meiner Pflege und wünsche eine Beratung.

ja, unter folgender Rufnummer: _____ (freiwillige Angabe)

nein

Bankverbindung für die Erstattung

D E _____
Deutsche IBAN

Ausländische IBAN (falls von dieser IBAN abgebucht werden soll)

BIC (nur bei ausländischer IBAN erforderlich)

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

Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Unterschrift

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