

**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

Pflegekasse

**BARMER**  
**73524 Schwäbisch Gmünd**

**Absender**

Ihr Schreiben vom  
Versichertennummer

## 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.

## Ihre Zeichen

## Ihre Zeichen

Ich habe Fragen zu meiner Pflege und wünsche eine telefonische Beratung.

☐ ja, unter folgender Rufnummer: \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)

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

Name und Anschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

---