

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

## Höherstufungsantrag

### Persönliche Daten des Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Kundennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Hiermit beantrage ich einen höheren Pflegegrad

**Grund:**

### Die Pflege wird durchgeführt von einer privaten Pflegeperson

Name der <b>Pflegeperson</b>	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegt diese Person weitere Pflegebedürftige? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### Daten zum behandelnden Hausarzt/Facharzt

Name der <b>Praxis</b>	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Der Weiterleitung einer möglichen Heilmittellempfehlung an meinen behandelnden Arzt stimme ich zu.	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Ich bin einverstanden, dass

- mein o.g. behandelnder Arzt, vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunde dem medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
- die Pflegekasse dem MD zum Zwecke der Terminabsprache die vorliegenden Rufnummern oder E-Mail-Adressen, auch die von Betreuern oder Bevollmächtigten, mitteilt.
- die ärztlichen und pflegfachlichen Gutachter des MD das vollständige Gutachten an meine Kranken-/Pflegekasse übermitteln und entbinde sie insoweit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.
- Falls Sie nicht einverstanden sind, streichen Sie den vorherigen Abschnitt bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

<input type="checkbox"/>	Eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ist vor dem				
	oder in der Zeit vom		bis		nicht möglich.
Grund für die Verzögerung der Begutachtung (z.B. persönliche Termine, Krankenhaus):					

Ort, Datum	Unterschrift
Unterschrift des Bevollmächtigten (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)	

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:

Gemäß § 67a SGB X in Verbindung mit §§ 7, 7a, 28 SGB XI, § 60 SGB I ist Ihre Mitwirkung zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.

