

## Antrag auf Zuteilung einer höheren Pflegestufe

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

Versichertennummer

Telefon

Ich beziehe Leistungen aus der Pflegeversicherung nach der Pflegestufe \_\_\_\_\_  
und beantrage jetzt die Zuteilung einer höheren Pflegestufe.

Erhöhter Hilfebedarf besteht im Bereich  
der

- Ernährung                       Körperpflege  
 Bewegung                         Sonstiges

Die Pfl egetätigkeit beträgt jetzt im Tagesdurchschnitt mindestens \_\_\_\_\_ Stunden.

Ärztliches Attest liegt  
bei.

Der behandelnde Arzt ist (diese Angaben sind nur erforderlich, wenn kein ärztliches  
Attest beiliegt):

Name des Hausarztes/Facharztes

Anschrift des Arztes

Ich bin damit einverstanden, daß der Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der  
Krankenversicherung vorhandene Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen  
zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen (z.B. Bevollmächtigter)

Datum, Unterschrift des Versicherten