

Bitte zurück an:

BKK24
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen

Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades

Personalien	
Name, Vorname, Geburtstag des Versicherten , geb.	Krankenversichertennummer
Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen falls Pflegebedürftiger , geb.	Krankenversichertennummer
Anschrift des Pflegebedürftigen ,	Telefon

Ich beantrage die Zuteilung eines höheren Pflegegrades
ab _____
Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad _____

Erhöhter Hilfsbedarf besteht in folgenden Bereichen
<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bewegung
<input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> sonstiges _____

<input type="checkbox"/> das ärztliche Attest habe ich beigefügt

Der behandelnde Arzt ist (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt)
Name und Anschrift des Haus-/Facharztes Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen 14 66 SGB II. Diese Daten werden nach 4 60 SGB I i.V.m. 4 94 SGB XI erhoben.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten