Zurück an:

BKK Linde
Postfach 40 67
65187 Wiesbaden
pflege@bkk-linde.de

Höherstufungsantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

I. Allgemeine Angaben der versicherten Person

Name	**Versichertennummer**
Vorname	**Telefon**
Anschrift des/der Versicherten	

II. Ich beantrage die Zuteilung zu einem höheren Pflegegrad

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad _____

Erhöhte Beeinträchtigung der Selbständigkeit besteht in den Bereichen

- ☐ Mobilität
- ☐ kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- ☐ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- ☐ Selbstversorgung
- ☐ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- ☐ Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beantragt wird:

- ☐ Sachleistung
- ☐ Geldleistung
- ☐ Kombinationsleistung [1)]
- ☐ Vollstationäre Pflege
- ☐ Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

[1)] Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.

III. Die Pflege wird durchgeführt von

Pflegedienstes / Pflegeheimes

_____
Name

_____
Anschrift

Heimaufnahme am

_____

Pflegeperson (bei Geldleistung)

_____
Name

_____
Anschrift

- ☐ Das ärztliche Attest habe ich beigefügt.
- ☐ Ich bitte um Zusendung einer Kopie des Gutachtens.

B26PHSAA

IV. Behandelnder Arzt (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt)

Name des Arztes
Anschrift des Arztes
Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen Auskünfte sowie ärztliche Berichte, Gutachten und Befund-dokumentationen zur Verfügung gestellt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse und Pflege-kasse personenbezo-gene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§§ 93 ff. SGB XI).

V. Leistungen/Erstattungen bitte auf Konto des Pflegebedürftigen Überweisen

Geldinstitut
IBAN
BIC
Name des Kontoinhabers

Versicherte/Versicherter

Nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen.

Hinweis bei minderjährigen Kindern: Sofern es mehr als eine/n Sorgeberechtigte/n gibt, der/die auch für die Pflege das Sorgerecht hat, ist eine vorherige – schriftliche oder mündliche – Zustim-mung dieses/dieser Sorgeberechtigten zu diesem Antrag erforderlich. Mit der Unterschrift erklären Sie, dass diese Zustimmung erfolgt ist.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt

Name	**Vorname**
Anschrift	
Telefon	
Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter – Nachweise bitte beifügen)	

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Zu Abschnitt VI. des Antrages:

Es ist Ihnen freigestellt, Ihren Hausarzt zu bitten, die nachfolgenden Angaben zu machen. Wir weisen Sie darauf hin, dass hierfür eventuell anfallende Kosten weder von der Pflege-/Krankenkasse noch vom Medizinischen Dienst übernommen werden können.

Aus hausärztlicher Sicht wichtige Angaben zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. pflegerelevante Diagnosen, pathologische Untersuchungsbefunde etc.):

Ort _____ Datum _____ Stempel/Unterschrift des behandelnden Arztes

B26PHSAA