

**Bitte zurück an:**BKK ZF & Partner
Lindau 26
94034 Passau

Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

Personalien

Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Anschrift des Pflegebedürftigen

Telefon-Nr.

Ich beantrage die Zuteilung eines höheren Pflegegrads

ab _____

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad _____

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes/ Facharztes

Telefon-Nr.

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36, 37 und 38 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung kann über Ihren Anspruch auf höhere Leistungen der häuslichen Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Geht dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats bei uns ein, gilt das Datum des Antrags eingangs als Tag der Antragstellung. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet (§ 44 Abs. 5 SGB XI). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten – bitte Nachweis beifügen

Anlage zum Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Anschrift

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

Frühestmöglicher Begutachtungstermin: | |

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich
(z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

Angehöriger Betreuer Pflegeperson

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (Festnetz)

Mobiltelefon

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? Ja, Sprache: _____

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MD noch informieren möchten: