

Bitte senden an:

Pflegekasse
Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Antrag auf Höherstufung in der Pflegeversicherung vom

Persönliche Angaben

Antrag für:

| | | |
|---------------|--------------|-------------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Krankenversicherten-Nr. |
| Anschrift | Vorwahl | Rufnummer |

Hiermit beantrage ich einen höheren Pflegegrad.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten
(nur in Verbindung mit einer Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht möglich)

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.