

Leistungen der Pflegeversicherung

Antrag auf Höherstufung

1 Angaben zum/zur Pflegebedürftigen

Hiermit beantrage ich die Einstufung in einen höheren Pflegegrad.
Meine Selbstständigkeit/Fähigkeiten haben sich aus meiner Sicht reduziert. Ich bitte daher um eine erneute Überprüfung.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Versichertennummer		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

2 Angaben zur Pflegeleistung (Hinweis: Bitte wählen Sie nur eine Leistungsart aus.)

Ich beantrage folgende Pflegeleistung **(Wichtig: Entsprechende Pflegeleistung muss nur ausgewählt werden bei Pflegegrad 1.)**

- Pflegesachleistung** (die Pflege wird durch Fachpersonal eines Pflegedienstes oder einer Sozialstation erbracht)
- Pflegegeld** (die Pflege wird durch ehrenamtliche Personen erbracht, z. B. Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn)
- Kombinationsleistung** (Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung)
- Vollstationäre Pflege** (die Pflege wird in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erbracht)

3 Angaben zur Pflegeperson

Die Pflege wird von folgender ehrenamtlichen Person durchgeführt (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

4 Angaben zum Pflegedienst/zur Pflegeeinrichtung

Die Pflege wird von folgendem Pflegedienst/folgender Pflegeeinrichtung durchgeführt (bitte Namen und Anschrift angeben):

Name des Pflegedienstes/der Pflegeeinrichtung			
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

5 Bankverbindung

Das Pflegegeld soll überwiesen werden auf folgende Bankverbindung:

Name, Vorname KontoinhaberIn (falls abweichend vom Antragsteller/von der Antragstellerin)	
IBAN	

Sofern bei Ihnen in den nächsten 25 Arbeitstagen geplante Abwesenheiten, wie z. B. ein wichtiger Arzttermin, Urlaub oder ein Krankenhausaufenthalt, vorliegen, teilen Sie uns diese bitte telefonisch oder schriftlich mit.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten/Betreuers/Betreuerin/gesetzl. Vertreters/Vertreterin

Bitte beachten Sie, dass der Antrag ab postalischem Eingang bei der Pflegekasse der Heimat Krankenkasse als gestellt gilt.

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 28 SGB XI erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld