

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 bzw. Pflegedienst/Pflegeheim

Die Pflege wird durchgeführt von folgenden ehrenamtlichen Personen bzw. folgendem Pflegedienst/Pflegeheim (bitte Namen und Anschrift angeben)

Name		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

4 Bankverbindung

Das Pflegegeld soll überwiesen werden auf folgende Bankverbindung:

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

IBAN

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