

Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder Höherstufung

An die Pflegekasse

Name der Pflegekasse

Versichertennummer

Versicherte Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail (optional)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Antrag

☐ Erstmalige Feststellung eines Pflegegrades

☐ Höherstufung eines bestehenden Pflegegrades

Hiermit beantrage ich die Begutachtung zur Feststellung meiner Pflegebedürftigkeit.

Bitte beauftragen Sie den Medizinischen Dienst mit der Begutachtung und bestätigen Sie mir den Eingang dieses Antrags.

Ansprechperson oder bevollmächtigte Person (optional)

Name

Telefon

Verhältnis zur versicherten Person

E-Mail

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten oder bevollmächtigten Person

Hinweis: Ein formloser Antrag genügt grundsätzlich. Dieses Formular dient als praktische Vorlage.
Senden Sie den unterschriebenen Antrag direkt an die Pflegekasse der versicherten Person.