

Antrag auf Höherstufung

1. Allgemeine Angaben

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

erreichbar von: _____ bis: _____

2. Gewünschte Leistung

Sachleistung

oder

Kombinationsleistung

oder

Geldleistung

Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.

<p>3. Wann hat sich der Gesundheitszustand verschlechtert?</p>	<p>Seit dem _____</p> <p>Wegen _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres behandelnden Arztes an.</p>	<p>_____</p> <p>Name _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>5. Haben Sie einen Betreuer, oder ist sonst jemand bevollmächtigt, für Sie Erklärungen abzugeben oder entgegenzunehmen?</p> <p>Bitte entsprechende Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>6. Angaben zu Ihrer Pflegeperson</p>	<p>_____</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>_____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>

7. Besitzen Sie einen gültigen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bitte Kopie (beidseitig) des Schwerbehindertenausweises beifügen
8. Bei welchen der nebenstehenden Vorrichtungen benötigen Sie regelmäßig eine Hilfe? (Ankreuzen genügt)	Körperpflege: <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Duschen/Baden <input type="checkbox"/> Zahnpflege <input type="checkbox"/> Kämmen/Rasieren <input type="checkbox"/> Darm-/Blasenentleerung Ernährung: <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme Mobilität: <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Treppensteigen <input type="checkbox"/> Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung Hauswirtschaftliche Versorgung: <input type="checkbox"/> Einkaufen <input type="checkbox"/> Kochen <input type="checkbox"/> Reinigen der Wohnung <input type="checkbox"/> Spülen <input type="checkbox"/> Beheizen der Wohnung <input type="checkbox"/> Wechseln/Waschen der Wäsche/Kleidung

Bitte geben Sie in jedem Falle Ihre Bankverbindung und Telefonnummer an!
Geldinstitut: _____
Konto-Nr.: _____
Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z.B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen) und Befundberichte hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwerten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 75 Abs. 2 SGB X)
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei meinem Widerspruch aber die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden können, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort und Datum

Unterschrift der / des Versicherten