

## Antrag auf Höherstufung bei stationäre Leistung

### 1. Allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ erreichbar von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. Name der stationären Einrichtung \_\_\_\_\_

Seit wann in der Einrichtung \_\_\_\_\_

### Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.

<p><b>3. Wann hat sich der Gesundheitszustand verschlechtert?</b></p>	<p>Seit dem _____ wegen _____ _____ _____</p>
<p>4. Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift Ihres behandelnden Arztes an.</p>	<p>_____ Name _____ Anschrift _____ Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>5. Haben Sie einen Betreuer, oder ist sonst jemand bevollmächtigt, für Sie Erklärungen abzugeben oder entgegenzunehmen?  Bitte entsprechende Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde beifügen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____ Name, Vorname _____ Anschrift _____ Tel-Nr.: Vorwahl _____ / _____</p>
<p>6. Bei welchen der nebenstehenden Vorrichtungen benötigen Sie regelmäßig eine Hilfe?  (Ankreuzen genügt)</p>	<p><b>Körperpflege:</b>  <input type="checkbox"/> Waschen   <input type="checkbox"/> Duschen/Baden   <input type="checkbox"/> Zahnpflege  <input type="checkbox"/> Kämmen/Rasieren   <input type="checkbox"/> Darm-/Blasenentleerung</p> <p><b>Ernährung:</b>  <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung  <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme</p>

	<p><b>Mobilität:</b></p> <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
	<p><b>Hauswirtschaftliche Versorgung:</b></p> <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**