

# Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades

## Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Versichertennummer	
PLZ	Ort	Telefonnummer zur Terminvereinbarung	
Name, Vorname Betreuer/Bevollmächtigter/Ansprechpartner		Straße	Hausnummer
Telefonnummer		PLZ	Ort

Ich beantrage die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad, da seit der vorherigen Begutachtung die Selbständigkeit und Fähigkeiten in einigen Bereichen deutlich eingeschränkt sind.

## Angaben zur derzeitigen Pflegesituation

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend Pflegegrad \_\_\_\_\_

### Die Pflege wird durchgeführt von:

Name Pflegedienst/Pflegeeinrichtung	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

### Pflegeperson 1

Name, Vorname der Pflegeperson	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

### Pflegeperson 2

Name, Vorname der Pflegeperson	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Name, Vorname

Versichertennummer



## Ergänzende Angaben zum Antrag

### Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin:

Name der Arztpraxis

Straße

Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von** (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

dem Sozialamt

der Unfallversicherung

Pflegezulage (gem. § 35 Bundesversorgungsgesetz)

sonstiges

**Ich habe Anspruch auf beamtenrechtliche Beihilfe/ Heilfürsorge**  nein  ja

## Einverständniserklärung

**Ich bin damit einverstanden**, dass der MD - soweit zur Pflegebegutachtung erforderlich –

- meine behandelnden Ärzte in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- meine pflegenden Angehörigen und sonstige an meiner Pflege beteiligte Personen oder Dienste befragt.

**Ich bin damit einverstanden**, dass die Debeka BKK - Pflegekasse

- Unterlagen, die in Zusammenhang mit meinem Pflegeantrag bei der Pflegekasse eingehen, an den MD weiterleitet.  
Das gilt ausschließlich für Informationen, die zur Begutachtung erforderlich sind.

Falls Sie damit nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte den entsprechenden Abschnitt durch.

### Bitte beachten Sie:

Sofern Sie die Einwilligung in Bezug auf die Schweigepflichtsentbindung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Datum und Ort

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

### Datenschutzhinweis

Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen beauftragt die Pflegekasse der Debeka BKK den Medizinischen Dienst (MD) mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dies erfolgt zumeist im Rahmen eines Hausbesuches. Zur Beschleunigung und/ oder Unterstützung Ihres Antrages kann es erforderlich sein, Angaben zu Vorerkrankungen und Informationen zur Hilfebedürftigkeit bei Ihren Ärzten einzuholen. Mit Ihrer Zustimmung kann der MD auch Ihre Pflegepersonen oder den Pflegedienst befragen (§18 Abs. 4 SGB XI). Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese aufgrund § 44 Abs. 5 Satz 1 SGB XI an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Internetseite [www.debeka-bkk.de/da-tenschutz](http://www.debeka-bkk.de/da-tenschutz).

**Debeka BKK** Pflegekasse 56048 Koblenz | **Telefon** 0261 94143 - 0 | **Fax** 0261 94143 - 930 | [info@debeka-bkk.de](mailto:info@debeka-bkk.de)