

## Antrag auf vollstationäre Leistungen der Pflegeversicherung

für \_\_\_\_\_, KV-Nr.: \_\_\_\_\_

**Aufgrund meiner Pflegebedürftigkeit beziehe ich vollstationäre Pflegeleistungen der Pflegestufe \_\_\_\_\_  
und beantrage die Höherstufung, weil \_\_\_\_\_**

### Die Pflege wird durchgeführt von

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Mein behandelnder Arzt ist

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Für eventuelle Fragen können Sie Kontakt aufnehmen mit \_\_\_\_\_

unter der Telefonnummer\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich; sie beruht auf § 94 SGB XI und auf § 60 SGB I und verpflichtet Sie zur Mitwirkung, da ansonsten Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann. Die Angaben mit \* sind freiwillig.