

für \_\_\_\_\_ KV-Nr. : \_\_\_\_\_

**Bitte entsprechend ankreuzen**

- Beantragt werden Leistungen der stationären Pflege
- Beantragt wird die Höherstufung aus folgenden Gründen

---

**Es besteht Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften**

- Nein       Ja, bei \_\_\_\_\_  
Beihilfestelle

**Es werden bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit bezogen**

- von der Unfallversicherung       vom Sozialamt
- Sonstige \_\_\_\_\_  
Träger

**Es werden Leistungen bezogen von der Eingliederungshilfe für Behinderte**

- Nein       Ja, bei \_\_\_\_\_  
Beihilfestelle

**Die Pflege wird durchgeführt von**

_____ Pflegeeinrichtung	_____ Vorwahl, Rufnummer
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Ort
_____ Ansprechpartner	_____ Beginn der Pflege

für \_\_\_\_\_ KV-Nr. : \_\_\_\_\_

### Behandelnder Arzt (Hausarzt)

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Vorwahl, Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Der behandelnde Arzt darf dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung stellen, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Ja, damit bin ich einverstanden

Nein, damit bin ich nicht einverstanden; Nachteile bei der Leistungserbringung (§ 66 SGB I) nehme ich in Kauf

### Als Bevollmächtigte/r/Betreuer/in wurde eingesetzt bzw. bestimmt

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Vorwahl, Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht ist beigelegt

Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht liegt Ihnen vor

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI und § 60 SGB I erforderlich. Die Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten beruht auf § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann sich das negativ auf Ihren Leistungsanspruch und seinen Beginn auswirken.