

Absender

An die Pflegekasse

Ort, Datum: _____

Antrag auf Höherstufung des Pflegegrades

Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Überprüfung meines bestehenden Pflegegrades, da sich meine Pflegebedürftigkeit und mein Unterstützungsbedarf erhöht haben.

Aktueller Pflegegrad: _____

Ich bitte um Prüfung, ob die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vorliegen, und um Veranlassung der erforderlichen Begutachtung.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Antrags.

Für Rückfragen erreichen Sie mich unter:

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der versicherten Person

Falls der Antrag durch eine bevollmächtigte oder gesetzliche Vertretung gestellt wird:

Name der Vertretung: _____

Unterschrift: _____

Hinweis

Diese Vorlage wird von Pflege Zuhause e.V. als unverbindliche Hilfestellung zur Verfügung gestellt. Sie stellt keine Rechtsberatung dar und kann eine individuelle rechtliche Beratung nicht ersetzen.

Trotz sorgfältiger Erstellung übernehmen wir keine Gewähr für die Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der Vorlage. Anforderungen und Verfahrensweisen der jeweiligen Pflegekasse können abweichen.

Bitte beachten Sie, dass die Pflegekasse weitere Angaben, Nachweise oder eigene Formulare anfordern kann.

Pflege Zuhause e.V.

Wallstraße 1 · 95445 Bayreuth

Telefon 0921 84142

Wir unterstützen Sie gerne bei Fragen rund um Pflegegrad und Pflegebegutachtung.