

BKK VICTORIA-D.A.S.

Postfach 10 15 36

40006 Düsseldorf

Antrag auf Erhöhung der Pflegestufe

Personalien	
Name, Vorname, Geburtstag des Versicherten	Krankenversichertennummer
Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen – falls Pflegebedürftiger	Krankenversichertennummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon

Ich beantrage die Zuteilung einer höheren Pflegestufe
ab _____
Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach der Pflegestufe _____

Erhöhter Hilfsbedarf besteht in folgenden Bereichen	
<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Bewegung
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Die Pflegetätigkeit beträgt jetzt im täglichen Durchschnitt _____ Stunden.	
<input type="checkbox"/> Das ärztliche Attest habe ich beigelegt.	

Der behandelnde Arzt ist (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt):	
Name und Anschrift des Haus-/Facharztes	Telefon

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). Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten