



### Antrag auf Höherstufung

Name und Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer (Angabe freiwillig)

#### 1. Angaben zum Hilfebedarf

Seit dem \_\_\_\_\_ besteht ein **zusätzlicher** Hilfebedarf

- im Bereich der Körperpflege (hierzu gehört z. B. das Waschen, Duschen / Baden, die Zahnpflege oder die Blasen- / Darmentleerung), und zwar beim

---

---

---

---

- im Bereich der Ernährung (hierzu zählt die mundgerechte Nahrungszubereitung und Nahrungsaufnahme), und zwar beim

---

---

---

---

- im Bereich der Mobilität (hierzu gehören z. B. Hilfeleistungen beim Aufstehen / Zubettgehen, An- / Auskleiden, Stehen / Gehen oder Verlassen / Wiederaufsuchen der Wohnung), und zwar beim

---

---

---

---



- bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (hierzu zählt z. B. das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung oder das Waschen und Wechseln der Kleidung), und zwar beim

---

---

---

---

## 2. Angaben zum behandelnden Arzt

---

Name des Hausarztes / Facharztes

---

Anschrift des Arztes, 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 diese für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie diesen Abschnitt bitte durch. Wenn Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 Sozialgesetzbuch I).

---

Datum, Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:** Diese Daten werden nach § 60 Sozialgesetzbuch I i. V. mit § 94 SGB XI erhoben. Die Übermittlung Ihrer Sozialdaten an Sozialhilfeträger (vgl. §§ 12, 28 SGB I) ist zulässig, sofern Sie dem nicht widersprechen und diese Stellen die Angaben für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen (§ 69 SGB X i. V. mit § 76 SGB X).