

## Antrag auf Höherstufung des Pflegegrades

---

Im Laufe der Zeit können sich die pflegerischen Anforderungen ändern. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geht häufig mit einem umfangreicheren Pflegeaufwand einher. Wenn der bislang vergebene Pflegegrad nicht mehr der aktuellen Pflegesituation entspricht, können Sie eine Höherstufung beantragen und dadurch sicherstellen, dass Sie die Pflegeleistungen erhalten, die Ihnen zustehen.

Grundsätzlich gilt, dass Sie alle sechs Monate einen Höherstufungsantrag stellen können. Verschlechtert sich Ihr Gesundheitszustand rapide, kann eine Überprüfung der Pflegesituation zu jeder Zeit beantragt werden. Dabei ist unerheblich, welche Erhöhung des Pflegegrades angestrebt wird. Um Sie bei der Höherstufung in den angemessenen Pflegegrad zu unterstützen, stellen wir Ihnen kostenlos einen Musterantrag zur Verfügung.

Die Beantragung kann formlos erfolgen, wobei einige Kassen dann nach Antragstellung eigene Formulare übermitteln.

Unseren Musterantrag können Sie ausfüllen und dabei notwendige Streichungen oder Ergänzungen vornehmen.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

**An die**

Pflegekasse

--

**Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung – Höherstufung in einen anderen Pflegegrad**

---

<b>Antragsteller:</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon, E-Mail	
<b>Versichertennummer</b>	
<b>Aktuelle(r) Pflegegrad</b>	

Da sich mein gesundheitlicher Zustand sowie meine Pflegesituation geändert haben, beantrage ich die Höherstufung in einen anderen Pflegegrad. Mit einer erneuten Begutachtung durch den MDK/MEDICPROOF bin ich einverstanden.

Für Rückfragen zu meinem Antrag können Sie sich auch an folgende Person meines Vertrauens wenden:

<b>Familienangehöriger:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Andere Privatperson:</b> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon, E-Mail	

Ein Begutachtungstermin ist frühestens möglich am/ab: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Übersendung des schriftlichen Gutachtens.

In diesem Zusammenhang entbinde ich meine behandelnden Ärzte, die mich betreuenden bzw. pflegenden Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag benötigt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift