

Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Pflegekasse/Häusliche Krankenpflege
Postfach 30 35 40
10773 Berlin

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
_____	____.____.____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
_____	_____	____/____
Ich beantrage einen höheren Pflegegrad		
ab	Derzeit habe ich den Pflegegrad	
____.____.____	_____	
Der behandelnde Arzt ist:		
Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes		

Telefonnummer *		
____/_____		
Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht (Bitte ankreuzen)		
Für den MDK ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn er von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten kann.		
<input type="checkbox"/>	Ja, ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, die stationäre Pflegeeinrichtung sowie den von mir in Anspruch genommenen Pflegedienst von ihrer Schweigepflicht, soweit deren Unterlagen und Auskünfte zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen durch den MDK. Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.	
<input type="checkbox"/>	Nein, mit der Entbindung von der Schweigepflicht bin ich nicht einverstanden	
Terminvereinbarung		
Der Termin für den Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung soll abgesprochen werden mit:		
<input type="checkbox"/>	mir selbst	Telefonnummer * ____/_____
<input type="checkbox"/>	Frau / Herrn:	Telefonnummer * ____/_____
	Anschrift	_____
Datenschutzhinweis		
Wir erheben die Daten für die Prüfung des Antrages auf Höherstufung Ihrer Pflegeleistungen nach §§ 18, 33 SGB XI und § 94 SGB XI.		
Datum	Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers	
____.____.____	_____	