

Antwort an

IKK Brandenburg und Berlin
 Pflegekasse /Häusliche Krankenpflege
 Postfach 303540
 10727 Berlin

Allgemeine Angaben des Pflegebedürftigen		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
Ich beantrage einen höheren Pflegegrad		
ab _____ derzeit habe ich den Pflegegrad _____		
Gewünschte Pflegeleistung		
<input type="checkbox"/> Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Kombileistung	<input type="checkbox"/> Sachleistung
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Behindertenhilfe	
Der behandelnde Arzt		
Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes		Telefonnummer *
Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht (bitte ankreuzen)		
Für den Medizinischen Dienst 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 für den konkreten Einzelfall benötigte werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen durch den Medizinischen Dienst. 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 soll abgesprochen werden mit		
<input type="checkbox"/> mir selbst	<input type="checkbox"/> Frau / Herrn _____	
Telefonnummer *	Anschrift	
Datenschutzhinweis		
Wir erheben die Daten für die Prüfung Ihres Antrages auf Höherstufung Ihrer Pflegeleistungen nach §§ 13,33 SGB XI und § 94 SGB XI		

Antrag auf einen höheren Pflegegrad

Datum	Unterschrift des Versicherten /Bevollmächtigten/Betreuers

* freiwillige Angaben