

BKK Scheufelen  
Pflegekasse  
Schöllkopfstraße 65  
73230 Kirchheim unter Teck

## Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades

Personalien des Pflegebedürftigen			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Krankenversichertennummer
Anschrift		Rentenversicherungsnummer	Telefon

Ich beantrage die Zuteilung eines Pflegegrades
ab _____, derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad _____.

Erhöhter Hilfebedarf besteht in folgenden Bereichen		
Mobilität	Selbstversorgung	Gestaltung Alltagsleben
.....Sonstiges _____		
....Das ärztliche Attest habe ich beigelegt.		

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

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

Datenschutzhinweis: Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich (§ 284 SGB V). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (<https://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/>) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu.

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

**Name des Versicherten**

**Vorname des Versicherten**

**Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl**

**Wohnort und ggf. Stadtteil**

**Telefon (Festnetz)**

**Mobiltelefon**

**Frühestmöglicher Begutachtungstermin:**

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

 bis  bis 

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

**Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:**

Angehöriger

Betreuer

Pflegeperson

**Name**

**Vorname**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl**

**Wohnort**

**Telefon (Festnetz)**

**Mobiltelefon**

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich?

(Bitte ggf. über die **Pflegekasse** veranlassen, der MDK kann **keinen** Dolmetscher stellen!)

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MDK noch informieren möchten:

---

---