

**Bitte zurück an:**

Pflegekasse bei der  
Die Schwenninger Krankenkasse  
78044 Villingen-Schwenningen

**Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades**

**Personalien**

Name, Vorname, Geburtstag des Versicherten	Versicherten-Nummer
Name, Vorname, Geburtstag des Pflege-Bedürftigen	Versicherten-Nummer
Anschrift des Pflege-Bedürftigen	Telefon

**Ich beantrage einen höheren Pflegegrad**

ab \_\_\_\_\_

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad \_\_\_\_\_

**Erhöhter Hilfsbedarf besteht in folgenden Bereichen**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mobilität                             | <input type="checkbox"/> kognitive/kommunikative Fähigkeiten  |
| <input type="checkbox"/> Selbstversorgung                      | <input type="checkbox"/> Verhaltensweisen/psychische Probleme |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Medikamenten/Hilfsmitteln  | <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens         |
| <input type="checkbox"/> ärztliche Atteste habe ich beigefügt. |   |

**Der behandelnde Arzt ist (bitte nur ausfüllen, falls kein ärztliches Attest beiliegt):**

Name und Anschrift des Haus-/ Facharztes	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 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.

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger Krankenkasse zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Schwenninger Krankenkasse finden Sie unter: [www.die-schwenninger.de/datenschutz](http://www.die-schwenninger.de/datenschutz)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten