

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname der / des Versicherten:

KNAPPSCHAFT  
Fachzentrum Pflege  
45095 Essen**Antrag auf Höherstufung im Rahmen der Pflegeversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Einstufung in einen höheren Pflegegrad.

Für Rückfragen erreichen Sie mich/meine Pflegeperson unter der Telefonnummer \*)

\*) Bitte unterstützen Sie unser Bestreben, mit Ihnen schnellstmöglich einen Begutachtungstermin zu vereinbaren und somit zeitnah über Ihren Leistungsantrag entscheiden zu können. Zum Zwecke einer zeitnahen Antragsbearbeitung und zur Klärung offener Fragen ist es erforderlich, dass Sie uns Ihre Telefonnummer oder die Telefonnummer einer Kontaktperson angeben.

Bitte kreuzen Sie an, sofern einer der nachfolgenden Tatbestände auf Sie zutrifft:

- Ich werde zurzeit **stationär** in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt oder in einem Hospiz betreut.

seit dem \_\_\_\_\_

Name/Anschrift/gegebenenfalls Telefonnummer der Einrichtung

- Ich werde zurzeit ambulant **palliativ** versorgt.  
Palliativpflege ist die Pflege und Versorgung sterbenskranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch entsprechende Fachkräfte.

seit dem \_\_\_\_\_

Name/Anschrift/gegebenenfalls Telefonnummer der Institution

- Nach Rücksprache mit meiner Pflegeperson/meinen Pflegepersonen wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt. Hierbei handelt es sich nicht um die sogenannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen.

Ort, Datum

Unterschrift (des Bevollmächtigten)