

\_\_\_\_\_  
Name der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Absender

\_\_\_\_\_  
Straße bzw. Postfach

\_\_\_\_\_  
Straße bzw. Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte

ich

ich als Bevollmächtigter von Herrn/Frau

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ ,  
Vorname, Name

wohnhaft in \_\_\_\_\_ ,  
Anschrift  
\_\_\_\_\_ ,

(die Vollmacht liegt in Kopie bei)

zu prüfen, ob die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad erfüllt sind.  
Ich bitte um eine kurzfristige Begutachtung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift