

# ANTRAG AUF EINSTUFUNG IN EINEN HÖHEREN PFLEGEGRAD



Name der Pflegekasse

Absender

Straße, Hausnummer bzw. Postfach

Straße, Hausnummer bzw. Postfach

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Ort, Datum

Versichertennummer:

## ANTRAG AUF EINSTUFUNG IN EINEN HÖHEREN PFLEGEGRAD

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte

ich persönlich

ich als Bevollmächtigter (die Vollmacht liegt in Kopie bei) von Herrn / Frau

Vorname, Name geboren am ,

wohnhaft in ,  
Anschrift

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift