

Absender

Adresse der Krankenkasse

Antrag auf Höherstufung in der Pflegeversicherung

Datum:

Name, Geburtsdatum:

Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Höherstufung in der Pflegeversicherung gemäß § 15 SGB XI.

Der Hilfebedarf bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens hat sich stark erhöht. Ich bitte um eine erneute Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen.

Mit freundlichen Grüßen,