

Bitte senden an:

Pflegekasse  
Telefonische Erreichbarkeit:  
040 32532555

## Antrag auf Höherstufung in der Pflegeversicherung

### Persönliche Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherten-Nr.
Anschrift	Telefonnummer	

Hiermit beantrage ich einen höheren Pflegegrad.

Ort, Datum	Unterschrift der/des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten (Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten ist nur in Verbindung mit einer Kopie des Betreuerausweises oder der Vollmacht möglich)
------------	--

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.