

Bitte senden an:

[]

PFLEGEKASSE

Telefonische Erreichbarkeit:
040 325325555

[]

Antrag auf Höherstufung in der Pflegeversicherung

Persönliche Angaben

Antrag für:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherten-Nr.

Anschrift

Vorwahl

Rufnummer

Hiermit beantrage ich einen höheren Pflegegrad.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers/ Bevollmächtigten
(nur in Verbindung mit einer Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht möglich)

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