



Bitte zurück an:

BKK ZF & Partner  
Postfach 25 32  
94015 Passau

## Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

### Personalien

---

Name; Vorname, Geburtstag und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

---

Anschrift des Pflegebedürftigen

Telefon-Nr.

### Ich beantrage die Zuteilung eines höheren Pflegegrads

ab \_\_\_\_\_

Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad \_\_\_\_\_

### Der behandelnde Arzt ist

---

Name des Hausarztes/ Facharztes

Telefon-Nr.

---

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Falls Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).\*

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

\* Diese Daten werden nach § 60 SGB I i.V.m. § 94 SGB XI erhoben.



## Anlage zum Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Name, Vorname Geburtstag und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Anschrift

**Telefon (Festnetz)**

**Mobiltelefon**

**Frühestmöglicher** Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist  
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich  
(z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag    Dienstag    Mittwoch    Donnerstag    Freitag    Samstag

**Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:**

Angehöriger    Betreuer    Pflegeperson

**Name**

**Vorname**

**Straße und Hausnummer**

**Postleitzahl**

**Wohnort**

**Telefon (Festnetz)**

**Mobiltelefon**

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich?    Ja, Sprache: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MDK noch informieren möchten:

---

---

---