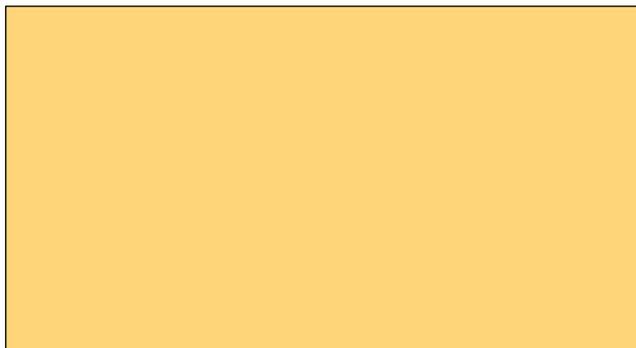


ANTRAG AUF EINSTUFUNG IN EINEN HÖHEREN PFLEGEGRAD

ANTRAG AUF EINSTUFUNG IN EINEN HÖHEREN PFLEGEGRAD

Anschrift der Pflegeversicherung



Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Versichertennummer: _____

Datum, Ort: _____

Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage

ich

ich als Bevollmächtigte/r von Herrn/Frau _____

(Name, Vorname) wohnhaft in: _____

geboren am: _____ (Die Vollmacht liegt in Kopie bei)

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

Mit freundlichen Grüßen