

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.