

Zurück an:

WMF Betriebskrankenkasse
Fabrikstr. 48
73312 Geislingen

Antragsdatum:

Antrag auf eine höhere Pflegeeingruppierung

Vorname, Name, Geburtstag des / der Versicherten	Rentenversicherungsnummer
Name, Vorname, Geburtstag des Angehörigen – falls Pflegebedürftiger	Versicherungsnummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Telefon

I. Ich beantrage eine höhere Pflegeeingruppierung
Ab _____ Derzeit beziehe ich Leistungen der Pflegeversicherung gemäß der Pflegeeingruppierung _____

II. Erhöhter Hilfebedarf besteht in folgenden Bereichen
<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Die Pflegetätigkeit beträgt jetzt im täglichen Durchschnitt _____ Stunden. <input type="checkbox"/> Das ärztliche Attest habe ich beigefügt.

III. Die Pflege wird durchgeführt von
_____ Name und Anschrift des Pflegedienstes / Pflegeheimes _____ Heimaufnahme am
_____ Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)