

**Leistungen der Pflegekasse
- Pflegegrad -
bei Heimaufnahme**



Stiftung Zivilhospital
Altenzentrum Oppenheim
www.altenzentrum-oppenheim.de

QM Nr.

Heimaufnahme von Frau / Herr:

Familienname, Vorname: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Befreiung von Zuzahlungen: nein ja (Bitte Befreiungsausweis beilegen)

Von dem Antragsteller auszufüllen, sofern ein Pflegegrad durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorliegt.

Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI: _____ seit: _____

(Kopie des letzten Pflegegradbescheides bitte beilegen)

Verschlechterungsantrag gestellt: nein ja am: _____

Begutachtung hat stattgefunden: nein ja am: _____

Von dem Antragsteller auszufüllen, sofern kein Pflegegrad durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorliegt.

Antrag auf Pflegegrad gestellt: nein ja am: _____

(Kopie des Antrages bitte beilegen)

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____