



Vorname Name ..... , den.....  
 Ort .....  
 Telefon:.....

**Vorab per Fax**

An die  
 Pflegekasse der: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Betr.: Antrag auf Pflegeleistungen**

Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
 geboren am \_\_\_\_\_ KV-Nr \_\_\_\_\_  
 Einzug in das Heim am: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 hiermit beantrage ich nachfolgende Pflegeleistung

- Feststellung eines Pflegegrads
- Veränderung des Pflegegrads (Höherstufung)
- Leistungen bei vollstationärer Pflege, einschließlich der Leistungen nach § 43 b SGB XI (zusätzliche Betreuung)
- Leistungen bei Kurzzeitpflege, einschließlich der Leistungen nach § 43 b SGB XI (zusätzliche Betreuung)
- Leistungen bei Verhinderungspflege, einschließlich der Leistungen nach § 43 b SGB XI (zusätzliche Betreuung)

**Tägliches Heimentgelt/Doppelzimmer**

Pflegegrad 1	93,11 Euro
Pflegegrad 2	103,32 Euro
Pflegegrad 3	119,49 Euro
Pflegegrad 4	136,35 Euro
Pflegegrad 5	143,91 Euro

Einzelzimmerzuschlag 1,12 Euro/täglich.

Ich bitte um Übermittlung des Bescheides an die Pflegeeinrichtung  
**Schenkel-Schoeller-Stift, Von-Aue-Straße 7, 52355 Düren,**  
 Telefon 02421- 596-0 oder Fax 02421-596-144.

Bitte übersenden Sie der Pflegeeinrichtung eine Fotokopie des entsprechenden Pflegegutachtens nach erfolgter Begutachtung.

Nachbegutachtungen oder Wiederholungsbegutachtungen bitte ich mir und dem Heim rechtzeitig anzuzeigen, damit eine evtl. Änderung anderen Kostenträgern fristwährend angezeigt werden kann.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, wenn die Pflegeeinrichtung Ihnen gegenüber ärztliche und pflegerische Dokumente zur Verfügung stellt, bzw. Auskünfte zum Gesundheitszustand erteilt.

Mit freundlichem Grüßen:

.....  
 Unterschrift BewohnerIn / BetreuerIn / Bevollmächtigte(r)

Erstellt/Geändert: QB	Geprüft/Freigegeben: GF
Datum: 13.03.2017	Datum: 13.03.2017