

An den Medizinischen Dienst Hessen

Auftragsmanagementteam: _____

Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,
gemäß § 62a SGB XII bitten wir um Prüfung der Pflegebedürftigkeit und Erstellung eines sozialmedizinischen Gutachtens.
Die beigefügten Unterlagen sind Kopien, eine Rückgabe ist nicht erforderlich.

Zu begutachtende Person			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon
PLZ Ort	Straße		Handy
10-stellige Krankenversicherungsnummer			
Aufenthaltsort ☐ Adresse wie oben ☐ abweichende Aufenthaltsadresse ☐ Pflegeheim			
Name		Telefon	
PLZ Ort	Straße		Handy
☐ Pflegeperson ☐ Betreuer			
Name		Telefon	
PLZ Ort	Straße		Handy
Antrag auf			
Antragsdatum:			
☐ Geld- ☐ Sach- ☐ Kombileistung ☐ stationäre Pflege ☐ andere:			
☐ Erstantrag		☐ kein Vorgutachten ☐ Vorgutachten vom:	
☐ Höherstufungsantrag		Derzeitiger Pflegegrad: ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
☐ Nachuntersuchung		Seit:	
☐ Widerspruch		Letztes Gutachten vom:	
☐ Bei Widersprüchen		Datum des ursprünglichen Antrags:	
Sterbedatum, falls zutreffend:			

Die Kosten in Höhe von 373,00 Euro für die Gutachtenerstellung werden wir übernehmen.
Nach Erhalt des Gutachtens erbitten wir die Rechnungsstellung an folgende Anschrift:

Name (und ggf. Aktenzeichen)
Straße
PLZ Ort

(Datum, Unterschrift und Stempel des Sozialhilfeträgers)

vom Medizinischen Dienst auszufüllen:	
☐ Hausbesuch	☐ Kurzgutachten
☐ Telefoninterview	☐ Aktenlage
Kostenstelle: _____	
Begutachtungsdatum:	_____ (Datum, Unterschrift und Stempel des begutachtenden Teams)