

An den Medizinischen Dienst Hessen

Pflegeteam: _____

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					
Aufenthaltsort	Adresse wie oben	abweichende Aufenthaltsadresse	Pflegeheim					
Name				Telefon				
PLZ Ort	Straße		Handy					
Pflegeperson	Betreuer							
Name	Vorname			Telefon				
PLZ Ort	Straße		Handy					
Antrag auf								
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:							

Die Kosten in Höhe von 275,00 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 Aktenlage Begutachtungsdatum: _____ (Datum, Unterschrift und Stempel des begutachtenden Teams)
