

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 | |
| 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 316,00 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 Telefoninterview Kurzgutachten Aktenlage Begutachtungsdatum: _____ (Datum, Unterschrift und Stempel des begutachtenden Teams) |
|---|