

zu Beihilfenummer

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
---------------------------------	--------------

Erklärung der Pflegeeinrichtung bei dauernder stationärer Pflege

Zur Vermeidung von Rückfragen soll dieser Fragebogen dem Antrag beigelegt werden, mit dem Aufwendungen anlässlich einer stationären Pflege geltend gemacht werden. Achten Sie bitte darauf, dass die Fragen von der Pflegeeinrichtung **vollständig** beantwortet werden.

(X) Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.

1	<p>Die Person</p> <p>ist untergebracht in einem <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> als Regelleistung <input type="checkbox"/> wird zusätzlich berechnet <input type="checkbox"/> Zwei- oder Mehrbettzimmer</p> <p>ist <input type="checkbox"/> gering beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) <input type="checkbox"/> erheblich beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 2) <input type="checkbox"/> schwer beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 3) <input type="checkbox"/> schwerst beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 4) <input type="checkbox"/> schwerst beeinträchtigt in der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5)</p> <p>Hinweis: Ist in dem maßgeblichen Zeitraum (vergl. vorzulegende Rechnungen) eine Änderung eingetreten, so ist dies jeweils mit dem Beginn- oder Endedatum zu vermerken.</p>
----------	---

2	<p>Die Pflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> erfüllt die Voraussetzung des § 71 Abs. 2 SGB XI. <input type="checkbox"/> ist eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung.</p>
----------	--

Die Pflegesätze* sind gültig ab _____ und betragen in einem Mehrbettzimmer

	aufgeschlüsselt **	pauschal
Pflegegrad 1	EUR	EUR
Pflegegrad 2	EUR	EUR
Pflegegrad 3	EUR	EUR
Pflegegrad 4	EUR	EUR
Pflegegrad 5	EUR	EUR
Unterkunft und Verpflegung	EUR	
Investitionskosten	EUR	
Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI (auch Einbettzimmerzuschlag)	EUR	EUR
Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI (zusätzlicher Betreuungsbedarf)	EUR	EUR

* gemäß Vereinbarung mit der Pflegeversicherung vom _____

** unbedingt alle Pflegesätze angeben!

Nur bei aufgeschlüsselten Pflegesätzen:

Für die oben genannte Person wird ein von den anerkannten Pflegegraden abweichender Pflegegrad berechnet (Rechtsgrundlage: § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Bemerkungen:

_____	_____	_____
(Ort, Datum)	(Stempel der Pflegeeinrichtung)	(Unterschrift)