LBV NRW
40192 Düsseldorf

zu Beihilfenummer

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum

Erklärung der Pflegeeinrichtung bei dauernder stationärer Pflege

Zur Vermeidung von Rückfragen soll dieser Fragebogen dem Antrag beigefügt 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 Die Person

ist untergebracht in einem ( ) Einbettzimmer ( ) als Regelleistung
( ) wird zusätzlich berechnet
( ) Zwei- oder Mehrbettzimmer

ist ( ) gering beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1)
( ) erheblich beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 2)
( ) schwer beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 3)
( ) schwerst beeinträchtigt in der Selbstständigkeit (Pflegegrad 4)
( ) schwerst beeinträchtigt in der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5)

Hinweis:
Ist in dem maßgeblichen Zeitraum (vergl. vorzulegende Rechnungen) eine Änderung eingetreten, so ist dies jeweils mit dem Beginn- oder Endedatum zu vermerken.

2 Die Pflegeeineinrichtung

( ) erfüllt die Voraussetzung des § 71 Abs. 2 SGB XI.
( ) ist eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung.

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)