
(Vorname und Name des betreuenden Angehörigen)

(Straße u. Haus-Nr.)

(PLZ) (Ort)

Tel.: _____

An die Pflegekasse

_____, den _____

**Antrag auf erhöhten Betrag gemäß § 45 a/b SGB XI (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)
für den Versicherten : _____ Versicherungs-Nr.: _____**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Hauptpflegeperson des bei Ihnen Versicherten _____
beantrage ich – wegen des **erheblich erhöhten Betreuungsbedarfs** – den erhöhten Betrag von monatlich 200 € gemäß § 45a/b SGB XI weil aus den folgenden Begutachungskriterien
- mindestens zwei Fähigkeitseinschränkungen gegeben sind, davon eine der Nummern 1) bis 9) und
- zusätzlich mindestens eine weitere Fähigkeitseinschränkung der *Nummern 1) bis 6) oder 11)*
erfüllt werden:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) <i>Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“)</i> | <input type="checkbox"/> 10) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren |
| <input type="checkbox"/> 2) <i>Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen</i> | <input type="checkbox"/> 11) <i>Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen</i> |
| <input type="checkbox"/> 3) <i>Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen</i> | <input type="checkbox"/> 12) Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten |
| <input type="checkbox"/> 4) <i>Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation</i> | <input type="checkbox"/> 13) Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression |
| <input type="checkbox"/> 5) <i>In Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten</i> | |
| <input type="checkbox"/> 6) <i>Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus</i> | |
| <input type="checkbox"/> 7) Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen | |
| <input type="checkbox"/> 8) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung | |
| <input type="checkbox"/> 9) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben | |

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift der Hauptpflegeperson)