

\_\_\_\_\_  
(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 („Weg-lauftendenz“)</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, Verzagtheit, 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)