

Anlage zum Antrag auf Verbesserung des Wohnumfeldes

Versichertennummer

Bitte erläutern Sie, wie durch die geplante Maßnahme Ihre Pflege erst ermöglicht oder deutlich erleichtert wird oder wie Sie dadurch selbstständiger werden.

Sind weitere „Barrieren“ (zum Beispiel: Türschwellen) in Ihrer Wohnung vorhanden?

nein ja, welche

Haben Sie schon eine spezielle Beratungsstelle für Wohnraumanpassung in Ihrem Stadtbezirk zu Rate gezogen?

nein ja (bitte legen Sie das Ergebnis der Beratung bei)

Datum

Unterschrift der bzw. des Pflegebedürftigen / der Betreuerin bzw. des Betreuers / der bzw. des Bevollmächtigten / der gesetzlichen Vertretung

Bitte senden an: Pflegekasse der mkk - meine krankenkasse, 10857 Berlin