

Antrag auf Kostenübernahme für stationäre Aufnahme im Hospiz (gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistung der Pflegeversicherung)

Hiermit beantrage ich

_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
PLZ Wohnort, Straße	Krankenkasse
_____	_____
Telefon* (freiwillige Angabe)	Versichertennummer

- Übernahme der Kosten nach §39 a SGB V in Verbindung mit §§ 42 und 43 SGB XI
- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Erstantrag
- Höherstufung

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

- der Unfallversicherung _____
Berufsgenossenschaft Art der Pflegeleistung
- dem Sozialamt _____
Art der Pflegeleistung
- sonstige Stelle _____
z. B. Versorgungsamt Art der Pflegeleistung

Besteht für Sie Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften? ja nein

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes:

Dreikönigshospiz gGmbH
Lindenstr. 12, 17033 Neubrandenburg

Telefon und Telefax des Hospizes: **0395/36311-0 Station: 36311-133 Fax: 36311-139**

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Krankenversicherung/ Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. 7 und §39a SGB V, § 94 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsbewährung (§66 SGB I) führen.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst (MD) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der Medizinische Dienst meine pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen. Insoweit entbinde ich die oben genannten Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MD erstellten Gutachten an die Pflegekasse.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten

(Rückseite des Antrags)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und zu bestätigen:

Vorgesehene Aufnahme am: _____

Genauere Angaben zum **Aufenthaltort des Versicherten**
zum Termin der Antragstellung:

Diagnose mit Krankheitsausprägung:

Begründung der Aufnahme:

Finalpflege: ja nein

Bei „ja“ Aussagen zum palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf:

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit?

ja nein

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift/ Telefonnummer des Arztes