

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach
§ 39 a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI**

Anschrift der Krankenkasse:	Name des Versicherten:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	KV-Nr.:	

Name des Hospizes _____ (voraussichtliches) Aufnahme datum: _____

Anschrift des Hospizes _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name	Telefon
Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stufe _____
Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z. B. Pflegegeld/Pflegezulage)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, von:	
<input type="checkbox"/> der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> der Beihilfestelle
<input type="checkbox"/> dem Sozialamt	<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt
<input type="checkbox"/> der Unfallvers.	<input type="checkbox"/> sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt) _____

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die vorgenannten Institutionen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, können an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten* _____

*Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor. ja nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

-Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 01621 EBM berechnungsfähig-