



Calandstraße 7/8
18528 Bergen auf Rügen
Telefon: 03838 / 39-1920
Telefax: 03838 / 39-1925
IK Nr.: 511 303 612

Krankenkasse

**Kostenübernahmeantrag für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz
(gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung)**

Hiermit beantrage ich

Versicherter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

KV-Nr.:

Telefon

Pflegegrad:

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

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung | _____ | _____ |
| | Berufsgenossenschaft | Art der Pflegeleistung |
| <input type="checkbox"/> dem Sozialamt | _____ | _____ |
| | Berufsgenossenschaft | Art der Pflegeleistung |
| <input type="checkbox"/> sonstigen Stellen | _____ | _____ |
| | z.B. Versorgungsamt | Art der Pflegeleistung |

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

- ja nein

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen. Ich gestatte die Übermittlung der vom MDK erstellten Gutachten an meine Pflegekasse.

Mit dem Patienten wurde die Verlegung besprochen. Das Einverständnis des Versicherten sowie der Angehörigen liegt vor. Eine Pflege in der Häuslichkeit ist nicht möglich.

Datum

Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten



Calandstraße 7/8
18528 Bergen auf Rügen
Telefon: 03838 / 39-1920
Telefax: 03838 / 39-1925
IK Nr.: 511 303 612

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Vorgesehene Aufnahme am: _____

Angaben zum Aufenthaltsort des Versicherten zum Termin der Antragstellung:

Diagnose mit Krankheitsausprägung:

Infektionserkrankungen: _____

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

Datum

Stempel/ Unterschrift/ Telefonnummer des Arztes