

Antrag auf Leistungen nach § 39 a SGB V für die stationäre Versorgung in einem Hospiz

Name der Kranken- und Pflegekasse

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Anschrift

Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung.
Die stationäre Hospizversorgung erfolgt im

Hospiz Alzenau, Schumannweg 1, 63755 Alzenau, IK-Nr. 510 943 431
Tel.: 06023/320376-0 Fax: 06023/320376-21

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Die ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt, noch in meiner Familie erbracht werden.
- Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.
- Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zur Einstufung in eine höhere Pflegestufe.
- Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.
- Die stationäre Versorgung im Hospiz ist auf einen Unfall, eine Berufskrankheit, Tätlichkeit, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden, einen Überfall oder auf eine sonstige Schädigung (z.B. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und

Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeversicherungsleistungen erforderlich sind. Bei der

Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken- und

Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis (§67a Abs. 3 SGB X): Damit die Kranken- und Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr

Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Fall aufgrund der §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu

verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten, Betreuer/in oder des gesetzlichen Vertreters

Vom Hospiz auszufüllen:

Der/die o.g. Versicherte ist am _____ in unserem Hospiz aufgenommen. Sofern sich der

Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken- und Pflegekasse mit.

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes