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

Adressaten:

Krankenkasse:

Fax-Nr.:

Hospiz Stella-Maris
Fax-Nr.: 02443-9814-730

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

Hospizadresse: **Hospiz Stella Maris, Bruchgasse 10-14, 53894 Mechernich**
Telefon: 02443/9814-0

Voraussichtliches Aufnahmedatum:

Eine ärztliche Verordnung ist beigefügt? ja nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich? ja nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt? ja nein

0 hiermit beantragt!

Ich erhalte Pflegeleistungen von:

☐ der Pflegekasse ☐ der Beihilfestelle ☐ dem Sozialamt ☐ der Unfallvers.

☐ dem Versorgungsamt ☐ sonstige Stellen

_____

Name und Anschrift dieses Kostenträgers

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

Einwilligungserklärung: Ich bin einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern 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) weitergeben werden.

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

_____

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor? ☐ ja ☐ nein