

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

Hiermit beantrage ich

| | |
|--|--|
| _____ Name, Vorname | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geburtsdatum |
| _____ PLZ Wohnort, Straße | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Versichertennummer |
| _____ Telefon* (freiwillige Angabe) | |

- 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 ankreuzen bzw. ergänzen)

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

Besteht für Sie ein 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. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. 7 und § 39 a SGB V, § 94 Absatz 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

Einwilligungserklärung

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 Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörige(n) 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 MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse der AOK Mecklenburg-Vorpommern.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Name, Vorname

Geboren am:

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

Vorgesehene Aufnahme am: _____

genaue 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

Datum

Stempel/Unterschrift/Telefonnummer
des Arztes