

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

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

### Hospiz Am Ostpark

Name des Hospizes

(voraussichtliches) Aufnahmedatum:

### Von-der-Tann-Str. 42, 44143 Dortmund

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

### Frau Ahring /Frau Monika

Name

### 0231/534250 – 200; 0231/534250 - 216

Telefon und Fax

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt

ja

nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?

ja

nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

ja

nein

Grad \_\_\_\_\_

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen z. B. Pflegegeld/Pflegezulage

ja

nein

wenn ja, von:

der Pflegekasse  
  der Beihilfestelle  
  dem Sozialamt  
  der Unfallvers.  
  dem Versorgungsamt.  
  Sonstige

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

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

Einwilligungserklärung: Ich bin damit 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) weitergegeben werden.

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 Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann diese zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor.

ja

nein