

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

Hiermit beantrage ich:

Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
PLZ/Wohnort/Straße	Telefon
Ansprechpartner für Rückfragen (Angehörige, Bevollmächtigte)	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, welcher? _____ <input type="checkbox"/> nein	

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

Eine ärztliche Bescheinigung ist beigelegt? ja nein
Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich? ja nein
Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt? ja nein
Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z.B. Pflegegeld/Pflegezulage)? ja nein

Wenn ja,
von: der Pflegekasse der Beihilfestelle dem Sozialamt dem Versorgungsamt sonstige Stellen

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

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes: Diakonie Güstrow e.V.
Hospiz Benedikt
Zum Petershof 2
18273 Güstrow
Telefon: 03843 /776 1851
Email: hospiz@diakonie-guestrow.de

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 pflegende(n) 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. Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an die Pflegekasse zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Pflegekasse zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten

Name, Vorname

geboren am

Ärztliche Bescheinigung der Hospiznotwendigkeit

Grund des Antrags:

- vorgesehene Aufnahme am:
- Verlängerung ab:

Angabe zum **Aufenthalt des Versicherten** zum Zeitpunkt des Antrages:

.....
.....

Diagnosen und Krankheitsausprägung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Liegt eine Hospiznotwendigkeit nach § 39 a SGB V Abs. 1 vor: **Ja** **Nein**

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang der Möglichkeiten der Versorgung von Laienhelfern in der Häuslichkeit? **Ja** **Nein**

Beschreibung des palliativen und medizinischen Versorgungsbedarf:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen: