



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

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

Geb. am

Versicherungsnummer

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

ST.VINZENZ-HOSPIZ Augsburg e.V., Zirbelstr. 23, 86154 Augsburg, Tel. 0821 2616521, FAX 0821 2616510

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 einen höheren Pflegegrad.
- ☐ 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 fehlende Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekasse 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 Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzu weisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/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 erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund der §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann diese zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum

Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder des gesetzlichen Vertreters

vom Hospiz auszufüllen:

Der oben genannte Versicherte wird voraussichtlich am _____ in unserem Hospiz aufgenommen.
Sofern sich der Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken-/Pflegekasse mit.

Datum / Unterschrift des Hospizes

Hospizstempel