

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

Kranken-Pflegekasse (vollständige Anschrift)

Versichertennummer

Name, Vorname des/der Versicherten

Geburtsdatum

Anschrift

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

Caritas Hospiz Lebensraum, Kükenthalstraße 21, 96450 Coburg

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 Antrag auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht gestellt wurde.
- ☐ Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad.
- ☐ ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften und 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- und Versorgungsleiden, einen Überfall oder eine sonstige Schädigung (z.B. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die kranken-/Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und 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 hinzuweisen, 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 weitergeleitet werden.

Datenschutzhinweis: (§67a Abs.3 SGB X) Damit Kranken-/Pflegekasse ihre Aufgaben regelmäßig erfüllen kann, ist die Mitwirkung nach §60 SGB I 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 dies zu Nachteilen in beiden Leistungsansprüchen führen.

Datum / Unterschrift des Versicherten / Betreuers oder des gesetzlich Bevollmächtigten

Vom Hospiz auszufüllen:

Der o.g. Versicherte wird voraussichtlich am in unserem Hospiz aufgenommen. Sofern sich der Aufnahmeterrain verändert, teilen wir dies unverzüglich der zuständigen Kranken- / Pflegekasse mit

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes