

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

Name der Kranken- und Pflegekasse

Name und Vorname des Versicherten, geb. am

Anschrift

Versicherungsnummer

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

Rotary-HOSPIZ - HOSPIZ-Odenwald gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH
Albert-Schweitzer-Straße 20a | 64711 Erbach | IK-Nr. 510602144
Tel.: 06062 80960-0 oder 80960-12 (Pflege) Fax 06062 80960-20

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 eine höhere Pflegestufe.
- 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 fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekassen 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 Pflegeversicherungsleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Hessen zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken- und Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Hessen weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis (§67a Abs. 3 SGB X): Damit die Kranken- und Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Fall aufgrund der §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten, Betreuer/in oder des gesetzlichen Vertreters

Wird vom o.g. Hospiz ausgefüllt:

Der/die o.g. Versicherte ist am in unserem Hospiz aufgenommen. Sofern sich der Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken- und Pflegekasse mit.

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes