

ST. ELISABETH HOSPIZ; LENNESTADT- ALTENHUNDEM

TEL: 02723-6064400 FAX. 02723-6064408 IK 510 591 813

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

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

St. Elisabeth Hospiz, Auf der Ennest 38-42, 57368 Lennestadt.....
Name und Anschrift des Hospizes (voraussichtliches) Aufnahme datum

Frau Kramer / Frau Pahlke 02723 – 6064400
Ansprechpartner für Rückfragen Telefon

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
Stufe _____

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z.B. Pflegegeld/Pflegezulage) ja nein

wenn ja von:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Pflegekasse	der Beihilfestelle	dem Sozialamt	der Unfallversicherung	dem Versorgungsamt	sonstige

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

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

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus 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 Leistung 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.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor ja nein

Datenschutzhinweis (§67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Angaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.
 -Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 01621 EBM berechnungsfähig-