



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

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

Hospiz „Mutter der Barmherzigkeit“

Name des Hospizes

Busdorfmauer 7, 33098 Paderborn

(voraussichtliches) Aufnahme datum:

IK-Nr. 510 571 465

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Frau Birgit Brauner

05251/102-200

05251/102-202

Name

Telefon

Fax

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:

der Pflegekasse

der Beihilfestelle

dem Sozialamt

der Unfallvers.

dem Versorgungsamt

sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufs genossenschaft, 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 Leistungen 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