

# Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39a Abs.1 SGBV und § 43 SGBXI

St. Elisabeth-Stiftung / Hospiz Schussental  
08.01.2016 / Version: 02

St. Elisabeth-Stiftung



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

\_\_\_\_\_  
Name des Hospizes

\_\_\_\_\_  
(voraussichtliche) Aufnahme

Anschrift des Hospizes

## Ansprechpartner für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt

ja

nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Verordnung  
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 Unfallversicherung  
 dem Versorgungsamt  
  sonstige Stellen

\_\_\_\_\_  
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 dies 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

**Datenschutzhinweis (§67aAbs.3SGBX)** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGBXI, §60 SGBI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGBXI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.