

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

Name der Kranken- bzw. Pflegekasse

Name, Vorname des Versicherten:

Anschrift:

Versicherten-Nr.:

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

Calendula Hospiz gGmbH, Am Engelberg 29, 88239 Wangen im Allgäu

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.
- ☐ Die Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zu Einstufung in einen höheren Pflegegrad.
- ☐ 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, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden oder sonstiges zurückzuführen.

Einwilligungserklärung: Ich bin einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit dies für die Begutachtung und Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den zuständigen MDK zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den zuständigen MDK weitergeleitet werden.

Datenschutzhinweis: (§67a Abs. 3 SGB X): Damit die Kranken- und Pflegekassen ihre Aufgaben rechtzeitig erfüllen, ist das Mitwirken nach §60 SGB X 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 bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum / Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

.....

Vom Hospiz auszufüllen:

Der o.g. Versicherte wurde am _____ in unserem Hospiz aufgenommen.

Datum / Stempel und Unterschrift des Hospizes