

### Antrag auf Kostenübernahme für stationäre Aufnahme im Hospiz (gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistung der Pflegeversicherung)

Hiermit beantrage ich

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| _____<br>Name, Vorname          | <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Geb.-Datum  |
| _____<br>PLZ / Wohnort / Straße | _____<br>Krankenkasse  |
| _____<br>Telefon                | <input type="text"/> <input type="text"/><br>Versichertennummer |

- Erstantrag**
- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit**
- Übernahme der Kosten nach § 39 a SGB V in Verbindung mit §§ 42 und 43 SGB XI**

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

**Name und Anschrift des Hospizes:** Hospiz am Klinikum Südstadt, Südring 79/80, 18059 Rostock  
**Telefon und Telefax des Hospizes:** Telefon: 0381-4401-6668 Fax: 0381-4401-8986

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

**Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen u. zu bestätigen.**

vorgesehene Aufnahme am: \_\_\_\_\_

genaue Angaben zum **Aufenthaltsort des Versicherten** zum Termin der Antragstellung:

\_\_\_\_\_

**Diagnose mit Krankheitsausprägung:**

.....

.....

.....

.....

**Begründung der Aufnahme:** Finalpflege:  ja  nein

Bei „ja“, Aussagen zum palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf

.....

.....

.....

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen: .....

.....