

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

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname	Krankenkasse
PLZ/Wohnort/Straße	Versichertennummer
Telefon	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, welcher: <input type="checkbox"/> nein
	Geb.-Datum

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

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

- der Unfallversicherung \_\_\_\_\_  
Berufsgenossenschaft Art der Pflegeleistung
- dem Sozialamt \_\_\_\_\_  
Art der Pflegeleistung
- sonstige Stellen \_\_\_\_\_  
z. B. Versorgungsamt Art der Pflegeleistung

Besteht für Sie ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?  nein  ja, Kostenträger:

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes: Hospiz am Klinikum Südost, Südring 79/80, 18059 Rostock

Telefon und Telefax des Hospizes: ☎ 0381/4401-6676, 📠 0381/4401-8986,  
@ [hospiz@kliniksued-rostock.de](mailto:hospiz@kliniksued-rostock.de)

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Krankenversicherung/Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. 7 und § 39 a SGB V, § 94 Absatz 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

### Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegende(n) Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen.

Insoweit entbinde ich die oben genannten Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.  
Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an die Pflegekasse zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Pflegekasse zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

.  .   
Geb.-Datum

**Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und 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/Telefonnummer des Arztes

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen: .....

.....