



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

Hiermit beantrage ich

_____ 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"/> Geb.-Datum
_____ PLZ/Wohnort/Straße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Versichertennummer
_____ Telefon	

- 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? ja nein

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

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 pflegenden 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 der DAK Mecklenburg-Vorpommern.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Name, Vorname

. .
geboren am:

Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und zu bestätigen.

vorgesehene Aufnahme am: _____

genaue Angaben zum **Aufenthaltort 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:
.....