

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39 a Abs. 1 SGB V
und § 43 SGB XI**

Anschrift der Krankenkasse:

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

Name des Hospizes

(voraussichtliches) Aufnahmedatum:

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen: Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt ja nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich Ja nein

Horizont – Ökumenisches Hospiz- und Palliativzentrum
im Landkreis Konstanz gemeinnützige GmbH
Hospiz Horizont Hegaustraße 29 78224 Singen
Telefon 07731-969 70 700
Fax 07731-969 70 749
E-Mail info@horizont-hospizzentrum.de



Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der ja nein

Pflegeversicherung festgestellt? → 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 sonstigen 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 diese 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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 7,28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.