



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

Hiermit beantrage ich

Bezugsperson (wenn vorhanden):

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Angehörigkeit

PLZ/Wohnort/Straße

PLZ/Wohnort/Straße

Versicherungsnummer/Krankenkasse

Telefon

Telefon

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

Erstantrag (Hospiz)

Höherstufung (Pflegegrad)

Ein **Pflegegrad** _____ liegt vor oder wurde am _____ beantragt.

Besteht ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

- Ja
- Nein

Hausarzt: _____

Onkologe: _____

Amb. Pflegedienst: _____

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Hospiz „Hand in Hand“ Gemeinnützige Palliativmedizin Luckenwalde GmbH

Kurze Straße 4, 14943 Luckenwalde, Tel: 03371 402864102 Fax: 03371 402864120

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. Träger von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Erstellungsdatum: 15.01.2018	Gültigkeit bis: 15.01.2020	Version: 1	Erstellt: SE Freigabe: Pa
---------------------------------	-------------------------------	---------------	------------------------------



Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Datum der Antragsstellung: _____

Angaben zum **Aufenthaltort** des Versicherten zum Termin der Antragsstellung:

- Zuhause: _____
- Krankenhaus: _____ Station/Abteilung: _____
Tel: _____
- Sonstiger Aufenthaltsort: _____

Diagnose mit Krankheitsausprägung:

Beschreibung des **Allgemeinzustandes/Symptome/Ernährung/Mobilität/Hilfsmittel:**

Bedarf an **palliativ-medizinischer** und **palliativ-pflegerischer** Versorgung:

(Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

Psychische Situation/Orientierung: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> klar + orientiert<input type="radio"/> verwirrt<input type="radio"/> Depression<input type="radio"/> Demenz<input type="radio"/> nicht einschätzbar	Aufklärung zur Krankheit: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja<input type="radio"/> Nein Aufklärung zum Hospiz: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ja<input type="radio"/> Nein	Betreuer/Bevollmächtigter: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Aufenthalt<input type="radio"/> Gesundheit<input type="radio"/> Finanzen Telefonnummer:
---	--	--

Notizen:

Erstellungsdatum: 15.01.2018	Gültigkeit bis: 15.01.2020	Version: 1	Erstellt: SE Freigabe: Pa
---------------------------------	-------------------------------	---------------	------------------------------