Adresse der Krankenkasse

.....

.....

.....

SCHLOSS BERNSTORF
Hospiz & Refugium

IK Nr.: 511 307 592

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

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort/Straße	Versichertennummer
Telefon	Genehmigung durch Krankenversicherung

Pflegegrad: .....

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

☐ die Feststellung der Pflegebedürftigkeit

☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag

☐ Höherstufung

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ der Unfallversicherung	Berufsgenossenschaft	Art der Pflegeleistung
☐ dem Sozialamt		Art der Pflegeleistung
☐ sonstigen 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 Schloss Bernstorf gGmbH
Am Schloss 5 · 23936 Bernstorf

Telefon und Telefax des Hospizes: Telefon: 03881 / 755 18-0, Telefax: 03881 / 755 18-620

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. Ich gestatte die Übermittlung der vom MDK erstellten Gutachten an meine Pflegekasse.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten