

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

➤ Hiermit beantrage ich

Name, Vorname

Geb.-Datum

PLZ/Wohnort/Straße

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: DRK – Hospiz Müritzpark Thomas- Mann- Straße 18a, 17192 Waren/ Müritz
IK 511309630

Telefon und Telefax des Hospizes: Tel.: 03991/6319823 Fax: 03991/6319824

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.

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:**

- **Beschreibung des Allgemeinzustandes:**

- **Einschätzung laut Karnofsky Index** %

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
moribund, unaufhaltsamer körperlicher Verfall	schwer krank, intensive med. Maßnahmen erforderlich	schwer behindert, Hospitalisation erforderlich	behindert, qualifizierte Hilfe erforderlich	Hilfe und med. Versorgung wird in Anspruch genommen	einige Hilfestellungen nötig, selbständig in den meisten Bereichen	Selbstversorgung, normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich	normale Aktivität mit Anstrengung möglich, deutliche Symptome	fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome	keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit

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

- **Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang der Versorgung die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit.**

☐ ja☐ nein

Datum

Stempel/Unterschrift/Telefonnummer
des Arztes