

Hospiz Stella Maris
Bruchgasse 10 – 14 A
53894 Mechernich

Tel.: 02443 / 9814 – 0
Fax: 02443 / 9814 - 722

www.communio.nrw



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

<u>An die Krankenkasse:</u>	Name des Versicherten:		
Fax-Nr.:	Vorname:		
	Geb.-Datum:		
und an das: Hospiz Stella-Maris Fax-Nr.: 02443-9814-730	Straße:		
	PLZ/Ort:		
	KV-Nr.:		
		<input checked="" type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag
Voraussichtliches Aufnahmedatum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt? Grad:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich erhalte Pflegeleistungen von:		<input type="checkbox"/>	Pflegekasse
		<input type="checkbox"/>	Beihilfestelle
		<input type="checkbox"/>	Sozialamt
		<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung
		<input type="checkbox"/>	Versorgungsamt
		<input type="checkbox"/>	sonstige Stellen
Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Name und Anschrift des Kostenträgers:

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern 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.

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 Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. Leistungsansprüchen) führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten