



**Christophorus  
Hospiz**  
Stationär

Träger: Caritas Altenhilfe St. Martin Rheinhessen gGmbH,  
in Kooperation mit der Mainzer Hospizgesellschaft Christophorus e.V.

Seminarstr. 4a  
55127 Mainz-Drais

☎ 06131 / 97109-0

☎ 06131 / 97109-666

✉ info@christophorus-hospiz.de

🌐 www.christophorus-hospiz.de

## Antrag auf Kostenübernahme zur Hospizversorgung

Adress-Aufkleber

Name: ..... Vorname: .....

Krankenkasse: ..... Versicherungsnummer: .....

PLZ / Ort: ..... Straße: .....

Geb.-Datum: .....

Der/Die o.a. Patient/in  soll / wird am ..... bzw.  
 ist am ..... in unsere

anerkannte Hospizeinrichtung zur vollstationären Versorgung aufgenommen worden.

- Es handelt sich um  eine Verlegung aus dem **häuslichen Bereich**, da eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.
- eine Verlegung aus der akuten **stationären Krankenhausbehandlung**, da die ärztliche Behandlung i.S. von § 39a SGB V mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr im Vordergrund steht.

Name des Krankenhauses .....

Vorgesehener Verlegungstermin .....

- eine Verlegung aus einer stationären Pflegeeinrichtung, da eine angemessene Versorgung des Patienten im Pflegeheim nicht mehr möglich ist. (Ausnahmefall – schriftl. Genehmigung der Kasse / MDK muss vorliegen)

**Es liegt eine Anerkennung auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad ..... vor.**

Über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wurde noch nicht entschieden.

Ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird hiermit formlos gestellt.

Leistungen nach § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege z.Zt. 1612.-€ / Stand 01.01. 2017)

sind aufgebraucht. /  sind noch nicht aufgebraucht.

Die ärztliche Bescheinigung zur Verordnung von vollstationärer Hospizversorgung

ist beigefügt. /  wird nachgereicht.

Sonstige Anmerkungen:

.....  
Unterschrift des Antragstellers