



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 beigelegt. / wird nachgereicht.

Sonstige Anmerkungen:

.....
Unterschrift des Antragstellers