

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



Anschrift der Krankenkasse	Name/Vorname des Versicherten	
	Geb. Datum	
	Straße	
	PLZ/Ort	
	Telefon	
	KV.-Nr.	

**Adresse des Hospizes:** Horizont - Hospiz- und Palliativzentrum im Landkreis Konstanz gGmbH - Hospiz Horizont, Hegaustr. 29, 78224 Singen, Tel: 07731 969 70 700, Fax: 07731 969 70 749; Mail: mail@hospiz-horizont.info

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ (wird vom Hospiz ausgefüllt)

**Ansprechpartnerinnen für Rückfragen:** I. Eggenberger (Hospizleitung) oder S. Dautel (Pflegedienstleitung)

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt ja  nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich ja  nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt? ja  nein

→ **Pflegegrad** \_\_\_\_\_ Erhöhung beantragt ja  nein

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z. B. Pflegegeld/Pflegezulage) ja  nein

wenn ja, von:  der Pflegekasse  der Beihilfestelle  dem Sozialamt  der Unfallversicherung

dem Versorgungsamt  sonstigen Stellen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten\*

\*Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor. Ja  nein

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 7 und §28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.