
Name der Kranken-/Pflegekasse

Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39 SGBV und § 43 SGBXI

Name, Vorname des Versicherten

Geb.- Datum

Straße, Hausnummer

Krankenversicherten-Nr.

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

Johanniter-Hospiz Bonn (IK-Nr. 510 53 76 78)

Name des Hospizes

(Voraussichtliches) Aufnahme datum

Waldstrasse 73, 53177 Bonn

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt?

Ja

Nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?

Ja

Nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit i. S. der Pflegeversicherung festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad _____

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

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, Berufgenossenschaft, Sozialamt)

Betrag pro Monat

ggf. Aktenzeichen

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

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuten Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte, sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für 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 zu Verfügung gestellt habe, können an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis (§67a Abs3 SGBX): Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist ihr Mitwirken nach §§7,28 SGBXI, §60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund §94 SGBXI zu erheben. Fehlt ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse u. Krankenversicherten-Nr .

Straße

Wohnort

Diagnose

Prognose

Die stationäre Hospizpflege ist notwendig, weil:

Ambulante und teilstationäre Versorgung nicht ausreichend ist und eine Krankenhausbehandlung nicht (mehr) erforderlich ist.

Voraussichtliche Verweildauer:

 -

Verlängerung der Verweildauer notwendig:

Ja

Nein

Verlängerung voraussichtlich notwendig bis:

Bemerkungen

Johanniter-Hospiz Bonn

(IK-Nr. 510 53 76 78)

Waldstraße 73

53177Bonn

Tel: 0228 – 383 339

Fax: 0228 – 383 140

Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel