

Geltungsbereich Elisabeth Hospiz		
Formular HOSPIZ_143	Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39 a Abs. 1 SGB und § 43 SGB XI	

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

Elisabeth-Hospiz

Name des Hospizes

(Voraussichtliches) Aufnahme datum

Laurentiusstraße 4, 48703 Stadthohn

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Dagmar Höing/Anke Saalman

Tel.: (02563) 912 6644

Fax : (02563) 912 6650

Name

Telefon/ Fax

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 ____

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)

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

Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 DSGVO: 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 Bevollmächtigten liegt vor

☐ ja

☐ nein

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

-Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos.01621 EBM berechnungsfähig-

Erstellt durch:	Version:	Stand:	Freigabe:
Rieke Liesmann	7	02.07.2025	Dagmar Höing