

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Bescheinigung
des behandelnden Arztes über
die Notwendigkeit einer
stationären Hospizversorgung

Die Hospizaufnahme ist notwendig, weil:

- die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist
- kurative Therapie nicht möglich ist
- pall.-med. Behandlung notwendig oder erwünscht ist
- Finalpflege nötig ist
- Krankenhausbehandlung i.S. § 39 SGB IV nicht erforderlich ist
- ambulante Versorgung wegen pall.-pflegerischem u. pall.-med. Versorgungsbedarf nicht ausreicht
- die Versorgung im häuslichen Bereich nicht (mehr) erfolgen kann.

Gründe:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Metastasenbildung: nein ja **weitere Angaben:**

Bettlägerigkeit: nein ja

Bewusstseinslage:

Art der Schmerzmitteltherapie mit Häufigkeit:

Fachpflegerische Maßnahmen:

Verbände:	Injektionen:
Infusionen:	Parenterale Ernährung über Port:
Dekubituspflege:	Enterale Ernährung:
Katheterisieren:	Sonstiges:
Spülungen:	

Voraussichtliche, abschätzbare Dauer der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung:

Rückkehr in häuslichen Bereich/anderen Versorgungsbereich / Pflegeeinrichtung möglich oder wahrscheinlich? nein ja nicht absehbar

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

**Antrag auf Leistungen nach § 39 a SGB V für die
stationäre Versorgung in einem Hospiz**

<hr/> Name <hr/> Vorname geb. <hr/> Anschrift	Ansprechpartner der Einrichtung: Hospiz St. Anna Ellwangen Friedrich-Ludwig-Jahn-Str.10, 73479 Ellwangen <hr/> Name Bernhard Amma, Ellen Vollmer Telefon 07961 882430 <hr/> FAX 07961 882440	Angehörige: <hr/> Name <hr/> <hr/> Telefon <hr/> <hr/> FAX
---	--	---

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Die stationäre Versorgung erfolgt im Hospiz St. Anna Ellwangen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Pflegestufe ist bereits erteilt:

- ja
- Pflegegrad I
 - Pflegegrad II
 - Pflegegrad III
 - Pflegegrad IV
 - Pflegegrad V
- nein
aber Antrag wurde bereits gestellt am _____
- Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.
- Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt
Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zur Einstufung in eine höhere Pflegestufe.
- Die ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt, noch in meiner Familie erbracht werden.
- Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.
- Die stationäre Versorgung im Hospiz ist auf einen Unfall, eine Berufskrankheit, Tätlichkeit, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden, einen Überfall oder auf eine sonstige Schädigung (z.B. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.
- Ich erhalte eine Pflegezulage oder Entschädigungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz o.ä.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekasse und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Personen bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK weitergegeben werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Kranken- und Pflegekassen personenbezogenen Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§ 96 Abs. 2 SGB XI).

Datenschutzhinweis: (§ 67 a Abs. 3 SGB X): Damit die Kranken- und Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund der §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum/Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder des gesetzlichen Vertreters

vom Hospiz auszufüllen:

Der o.g. Versicherte (wird voraussichtlich) wurde am _____ in unserem Hospiz aufgenommen.

Datum

Stempel/Unterschrift der Hospizeinrichtung

Aufnahmeantrag in das stationäre Hospiz

Bitte zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Stellungnahme an das Hospiz weiterleiten.



ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

GeburtsnameGeburtsort

StraßePLZ/Ort

Tel. Nr. Konfession Familienstand

Momentaner Aufenthaltsort, Station, Tel.:

KRANKENVERSICHERUNG

Name / OrtTel.Nr.Fax.....

Versicherungsnr.Sachbearbeiter

PFLEGEVERSICHERUNG

Festgestellte Pflegestufe..... seit wann

(Falls keine Einstufung vorliegt, bitte unverzüglich beantragen)

Befreiung Zuzahlungen ja nein / bitte Praxisgebühr im Hospiz entrichten!

ANGEHÖRIGE

Name, Vornamewie verwandt

Straße, Ort, Tel.

Name, Vornamewie verwandt

Straße, Ort, Tel.

HAUSARZT / BETREUENDER ARZT BISHER

NameTel.....Adresse.....

GEWÜNSCHTER HAUSARZT IM HOSPIZ

Name:

BETREUUNG

Besteht eine gerichtlich angeordnete Betreuung? ja nein

BetreuerInAdresse / Tel.

UNTERSCHRIFT (wenn möglich Hospizgast)

Ort, Datum

Unterschrift