

Antrag auf stationäre Hospizpflege zur

- stationären Hospizversorgung
- Verlängerung der stationären Hospizversorgung
- Versorgung im Tageshospiz
- Verlängerung der Versorgung im Tageshospiz

für bzw. durch folgendes stationäres Hospiz:

Name: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 E-Mail _____
 Telefon: _____
 (IK-Nr.): _____

und ggf. weitere stationäre Hospize:

Hospiz/Tageshospiz noch nicht bekannt

für bzw. durch folgenden Versicherten:

1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Anschrift	
4	Pflegegrad	vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
5	Krankenkasse	
6	Versichertennummer	
7	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Angehöriger	

Erstaufnahme

Die Aufnahme soll zum **nächstmöglichen** Termin erfolgen.

Die Aufnahme erfolgt aus dem:

- Krankenhaus SAPV-Team
 Haus-/Facharzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Verlängerung

Die Aufnahme erfolgte am _____

Ansprechpartner im Hospiz/Tageshospiz:

Name: _____

Telefon: _____

Anlage:

Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der Hospizpflege.
(ausschließlich direkt an Medizinischen Dienst)

Anlage:

Bescheinigung des Arztes über die weitere Notwendigkeit der Hospizpflege.
(ausschließlich direkt an Medizinischen Dienst)

Datum

Versicherter/ Bevollmächtigter / Betreuer

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung des Antrags auf Hospizleistung nach § 39 a SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die Pflegekasse beauftragt gemäß § 39 a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 18 Abs. 1 SGB XI den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und ggf. ob und wenn ja, welcher Pflegegrad vorliegt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung(en) erfolgten Verarbeitung berührt. Meinen Widerruf kann ich an meine Krankenkasse richten oder über jeden anderen Servicekontakt aussprechen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung für die Durchführung der Hospizpflege nach § 39 a SGB V

Ich willige ein,

- dass der MD meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.
- dass der MD die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste befragt, die an meiner Pflege beteiligt sind. Mein jeweiliges Einverständnis ist freiwillig. Ich kann sie einzeln oder insgesamt verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift Versicherter / Betreuer / Bevollmächtigter