

ANTRAG AUF LEISTUNGEN NACH § 39A SGB V FÜR DIE STATIONÄRE VERSORGUNG

Name, Vorname des Versicherten		Krankenkasse bzw. Kostenträger
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer
PLZ/Ort		PLZ/Ort
Versicherten-Nr.	Geburtsdatum	Telefon

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Die stationäre Hospizversorgung erfolgt im **Sophienhospiz gGmbH · Sternweg 11 · 85435 Erding · Tel. 08122/955200 · Fax 08122/9552099**

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- Die ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt, noch in meiner Familie erbracht werden.
- Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.
- Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zur Einstufung in eine höhere Pflegestufe.
- 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. fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.
- Ich erhalte eine Pflegezulage oder Entschädigungsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse/Pflegekasse und der medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den nicht 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 Pflegeleistung erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Person bzw. Stelle von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die Krankenkasse/Pflegekasse personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeitet und nutzt (§ 96 Abs. 2 SGB XI). Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 SGB X): Damit die Krankenkasse/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 gesetzlichen Vertreters