Antrag auf Leistungen nach § 39a SGB V

SAMARITER STIFTUNG
MAJA-FISCHER-HOSPIZ

Angaben zur angemeldeten Person

Name: …… Geburtsdatum: …….....

Vorname: …….. Telefon: ……..……

Anschrift: ……..……..

Angaben zur Krankenkasse

Name und Anschrift der Kasse: ……

Versicherungsnummer: ……..……..

Hiermit beantrage ich

Leistungen auf vollstationäre Hospizversorgung, nach § 39a Abs 1 SGB V. Die stationäre Hospizversorgung erfolgt im

Maja-Fischer-Hospiz, Ebnater Hauptstraße 34, 73432 Aalen
T: 07367 92 220 - 164
F: 07367 92 220 - 298

O Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung ist festgestellt. Vorliegender Pflegegrad ……
Erteilt von:
O Pflegekasse O Beihilfestelle O Sozialamt O Versorgungsamt O sonstige Stelle

O Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.

O Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zur Einstufung in einen höheren Pflegegrad.

O Eine ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt, noch in meiner Familie erbracht werden.

O Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

O 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.

Einwilligungserklärung: 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. Ferner bin ich damit einverstanden, dass Kranken- und Pflegekassen personenbezogene Daten in erforderlichem Umfang gemeinsam verarbeitet und nutzen (§ 96 Abs.2 SGB XI).
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 den Leistungsansprüchen) führen.

_____

Datum Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

Vom Hospiz auszufüllen

Der o.g. Versicherte ist am _____in unserem Hospiz aufgenommen.

_____

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes