

Samariterstift Ebnat, *Maja Fischer Hospiz*
Ebnater Hauptstraße 34, 73432 Aalen – Ebnat
Tel. 07367/92220-162 Fax 07367/92220-298

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach
§ 39 a Abs.1 SGB V und § 43 SGB XI**

Name und Anschrift der Krankenkasse:

Name des Versicherten:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ Ort:
Telefon:
KV.- Nummer:

Vorraussichtliches Aufnahme datum:

Ansprechpartner für Rückfragen: **Telefon:**

Die Ärztliche Bescheinigung ist beigelegt? ja nein
Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung möglich? ja nein
Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der
Pflegeversicherung festgelegt? ja nein

Ich erhalte bereits Pflegegeld/Pflegeleistungen ja nein

Wenn ja, von:

der Pflege- der Beihilfe- dem Sozial- dem Versorgungs- sonstige Stelle
kasse stelle amt amt

Name und Anschrift

Etwas spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/Pflegekasse melden.

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.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

* Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift 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 den Leistungsansprüchen) führen.