

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

Name der Kranken- bzw. Pflegekasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift

Versicherten Nr.

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Die stationäre Versorgung erfolgt im:

**Elisabeth Hospiz Ingolstadt, Unterer Graben 26b, 85049 Ingolstadt**

**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 auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.
- Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf 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. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

**Einwilligungserklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekassen 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 Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o. g. Personen bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden.

**Datenschutzhinweis: (§ 67a Abs. 3 SGB X)** Damit die Kranken- und Pflegekassen 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 zum Nachteil bei den Leistungsansprüchen führen.

---

Datum/Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder des gesetzlichen Vertreters

---

**vom Hospiz auszufüllen:**

Der o. g. Versicherte wird voraussichtlich am .....im Elisabeth Hospiz Ingolstadt aufgenommen. Sofern sich der Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken- /Pflegekasse mit.

---

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes