

Antrag auf Leistung nach § 39 a SGB V für die stationäre Versorgung

Name, Vorname

Straße, Wohnort

Geburtsdatum

Krankenkasse, + ggf. Beihilfe

Versicherungsnr.

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Die stationäre Hospizversorgung erfolgt im: **Chiemseehospiz, Baumannstr. 56, 83233 Bernau, Tel: 08051/961855-0**

Bitte zutreffendes 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.
- Die 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 eine Entschädigungsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

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 befindlichen Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeleistung erforderlich ist. 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. Stellen 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 Kranken- und Pflegekasse personenbezogene Daten, die Ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§96 Abs. 2 SGB XI).

Datenschutzhinweis: (§67 a Abs. 3 SGB X): Damit die Kranken- und 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 oder gesetzlichen Vertreters

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