

Antrag auf Leistungen der vollstationären Hospiz- und
Pflegeleistung nach § 39a Abs. 1 SGBV und § 43 SGB XI

—VON DER/DEM BEVOLLMÄCHTIGTEN AUSZUFÜLLEN —

Anschrift der Krankenkasse:	Name/Vorname	
	Geburtsdatum	
	Straße	
	PLZ/Ort	
	Telefon/Mobil	
	KV-Nr.	

Die Betreuung wird durchgeführt von: Hospiz im Franziskuszentrum
Franziskusplatz 1, 88045 Friedrichshafen
Telefon: 07541 9234-4111, E-Mail: fn.hospiz@stiftung-liebenau.de

Voraussichtliche Aufnahme: _____

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt ja ☐ nein ☐

Eine ambulante oder teilstationäre Versorgung ist alternativ möglich ja ☐ nein ☐

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung
wurde bereits festgestellt ja ☐ nein ☐

Pflegegrad I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐

Ich habe/erhalte einen Anspruch auf Pflegeleistung
(z. B. Pflegegeld/Pflegezulage) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, von:

Pflegekasse ☐ Beihilfestelle ☐ Sozialamt ☐

Unfallversicherung ☐ Versorgungsamt ☐ sonstigen Stellen ☐

Name und Anschrift (z. B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Etwas später Änderungen werde ich umgehend der Kranken- und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken- und Pflegekasse von der/dem mich behandelnde/n Ärztin/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 (MD) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift der versicherten Person bzw. der/des Bevollmächtigten*

*Einverständniserklärung der versicherten Person liegt zur Unterschrift vor: ja ☐ nein ☐