



► **Antrag auf Kostenübernahme für den stationären
Hospizaufenthalt**

Für:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Ansprechpartner / Name und Telefon (ggfs. Verlegende Einrichtung oder Angehöriger)	
Kranken-/Pflegekasse:	Vers. Nr.:

Der Antrag auf Kostenübernahme für den stationären Hospizaufenthalt wird aus den im anliegenden Gutachten ersichtlichen Gründen gestellt.

Für Rückfragen:

Überweisender Arzt / Krankenhaus:

Name	Ansprechpartner	
Anschrift	Tel.	Fax.

Einwilligungserklärung des Versicherten

Ich wünsche eine palliative Versorgung im obenstehenden Hospiz. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meiner Kranken- und Pflegekasse sowie dem Medizinischen Dienst (MD) von meinen behandelnden Ärzten und der Hospiz Friedensberg gGmbH Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Kostenübernahme für meinen Hospizaufenthalt entscheidungsrelevant sind.

Ich ermächtige die Hospiz Friedensberg gGmbH die Kostenübernahme für den stationären Hospizaufenthalt in meinen Namen zu beantragen und den nötigen Schriftverkehr hierzu mit meiner Kranken- und Pflegekasse bzw. dem MD zu führen.

Datum

Versicherte/r bzw. Bevollmächtigter
(ggfs. Vollmacht beifügen)



► **Ärztliche Bestätigung (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)**

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggf. verlegende Einrichtung)	

Die letzte Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vom
ergab für oben genannte Person keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckenden
Lungentuberkulose.

Sonstige Bemerkungen:
.....

Ort, Datum	Name des Arztes	Unterschrift des Arztes / Stempel
------------	-----------------	--------------------------------------

§ 36 Infektionsschutzgesetz (Auszug)
(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Zur besseren Vorbereitung bei Einzug ins Hospiz Friedensberg



Name, Vorname: _____

MRSA / Clostridien / and. Keime: ja / nein

Covid 19 Schutzimpfung: ja / nein

Herzschrittmacher: ja / nein

Defibrillator: ja / nein

Tracheostoma: ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

Anus praeter. ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

Port / ZVK: ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

PEG: ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

DK / subrapub.K.: ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

Wunden / Dekubitus: ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

O2-Gabe: ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger:

Name und Telefonnummer:

Insulinpfl. Diabet.: ja / nein

Religiöse Besonderheiten: ja / nein

Wenn ja, welche Religion:

Größer als 1,90m: ja / nein

Bereits SAPV-Anbindung: ja / nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Unterschrift und Stempel