

Antrag auf teilstationäre Hospizleistung nach §39a SGB V

TagesINSEL Hospiz Nordkreis Herzogtum Lauenburg gGmbH

Anschrift der Krankenkasse:	Name des Versicherten:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Strasse:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	KV-Nr.:	

Name des Tageshospizes

(voraussichtliches) Aufnahmedatum:

Anschrift des Tageshospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung/ Fragebogen ist beigelegt

ja

nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

ja

nein

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z. B. Pflegegeld/Pflegezulage) Pflegegrad: _____

ja

nein

wenn ja, von:

der Pflegekasse

der Beihilfestelle

dem Sozialamt

der Unfallvers.

dem Versorgungsamtsamt

sonstige Stelle

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)
Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/und Pflegekasse mitteilen.

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 (MD) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

Anschrift

Wasserkrüger Weg 7 23879 Mölln
Tel 04542 97 65 700 Fax -701
info@tagesinsel-moelln.de
www.tagesinsel-moelln.de

Geschäftsführung

Wiebke Hargens
Edelgard Liedtke

Bankverbindung

IBAN
DE95 2019 0109 0012 9204 80
als gemeinnützig anerkannt §§ 51ff AO

HRB 25460 HL
IK 510114018
BSNR 73667635