TAGESHOSPIZ Aschaffenburg gGmbH
Hospizgruppe Aschaffenburg e. V.

Zum Schreibersgraben 8, 63743 Aschaffenburg
Tel. 06021-9279970
info@tageshospiz-aschaffenburg.de

ANTRAG AUF LEISTUNGEN NACH § 39a ABS. 1 SGB V
FÜR DIE TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG IN EINEM TAGESHOSPIZ

Name der Kranken- bzw. Pflegekasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift

Versicherten-Nr.

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur teilstationären Hospizversorgung.
Die teilstationäre Hospizversorgung erfolgt im Tageshospiz der

Tageshospiz Aschaffenburg gGmbH,
Träger: Hospizgruppe Aschaffenburg e.V.,
Zum Schreibersgraben 8, 63743 Aschaffenburg,
T 06021-9279970, IK-Nr. _____

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 zur Einstufung in einen höheren Pflegegrad.

Aktueller Pflegegrad: ____

☐ Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

☐ Die teilstationäre Versorgung im Tageshospiz ist auf einen Unfall, eine Berufskrankheit, Tätlichkeit, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden, einen Überfall oder 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 können, 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 Medizinischen Dienst Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich o. g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst Bayern weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Damit die Kranken- und Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten werden im vorliegenden Fall aufgrund des § 39a Abs. 1 SGB V sowie der §§ 33 und 43 SGB XI (soweit ein Pflegeversicherungsantrag mitbetroffen ist) erhoben, verarbeitet und genutzt. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters