

**Antrag auf Kostenübernahme für den Aufenthalt
im Hospiz „Regine-Hildebrandt-Haus“, Frankfurt (Oder)**

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Anschrift	
Krankenkasse	Versicherungsnummer

Die Aufnahme ist für den _____ im „Regine-Hildebrandt-Haus“,
Bergstr. 171, 15230 Frankfurt (Oder) geplant.

Ärztliche Bescheinigung per Fax an MD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ambulante/teilstationäre Versorgung ist möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes besteht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad?	_____	
Datum der Antragstellung:	_____	

Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis/ Gemeinschaftspraxis/ Krankenhaus:

Ich wünsche eine palliativ- medizinische und palliativ- pflegerische Versorgung.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit dies für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Kostenübernahme des Hospizaufenthaltes erforderlich ist.

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 Berlin/Brandenburg (MD) weitergegeben werden. Des Weiteren entbinde ich die Kostenträger von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Pflegedienst-/Hospizleitung oder Sozialdienst des Hospizes soweit es die Kostenübernahme oder das Gutachten des MDK betrifft.

Datum

Unterschrift Versicherter / gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter