

## 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, Kantstr. 35,  
15230 Frankfurt (Oder) geplant.

Ärztliche Bescheinigung per Fax an MDK  ja  nein

Ambulante/teilstationäre Versorgung ist möglich  ja  nein

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes besteht  ja  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 der Krankenkassen (MDK) weitergegeben werden. Des weiteren entbinde ich die Kostenträger von ihrer Schweigepflicht gegenüber Hospizleitung oder Sozialdienst des Hospizes soweit es die Kostenübernahme oder das Gutachten des MDK betrifft.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter / gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter