

Hospiz der Diakonissenanstalt EMMAUS
„Haus am Wege“
Poststraße 18
02906 Niesky



Antrag bei der Krankenkasse auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

(Diesen Antrag füllen der Gast/ seine Angehörigen und der Hausarzt/die Hausärztin gemeinsam aus)

Wir stellen hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflegegrad vorhanden 1 2 3 4 5

beantragt Nein Ja, am

Krankenkasse

Versichertennummer

Wichtige Kontaktpersonen:

Angehörige

Betreuer/ Betreuerin

Bevollmächtigter/
Bevollmächtigte

Hausarzt/ Hausärztin

.....

Datum

.....

Unterschrift des Gastes/ seiner Angehörigen, etc.

Die Aufnahme ins Hospiz soll zum **nächstmöglichen** Termin erfolgen. Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis oder MVZ oder Klinik oder Pflegeeinrichtung oder SAPV- Team oder

Name:

Adresse:

Telefon:

Wir bitten um Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz sowie um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse/ Pflegekasse:

.....

Datum

.....

Unterschrift und Stempel/ Krankenkasse