

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



## Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

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:

(bitte Name, Anschrift, Telefonnummer angeben)

**Angehörige** .....

**Betreuer/ Betreuerin** .....

**Bevollmächtigter/  
Bevollmächtigte** .....

**Hausarzt/ Hausärztin** .....

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin**

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).