

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach  
§39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI (Stand 11.05.2023)**

<b>Anschrift der Krankenkasse:</b>	<b>Name des Versicherten:</b>	
	<b>Vorname:</b>	
	<b>Geburtsdatum:</b>	
	<b>Straße:</b>	
	<b>PLZ/ Ort:</b>	
	<b>Telefon:</b>	
	<b>KV-Nr.:</b>	
	<b>Ansprechpartner für Rückfragen (Angehörige/ Bevollmächtigte)</b>	<b>Name:</b>
	<b>Tel:</b>	

DRK KV MSP e.V.  
Hospiz "Luisendomizil"

---

Name des Hospizes	voraussichtliches Aufnahme datum
Penzliner Straße 58 17235 Neustrelitz	IK 511307068

---

---

Anschrift des Hospizes	Institutionskennzeichen
------------------------	-------------------------

---

Eine ärztliche Bescheinigung ist beigefügt  ja  nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung  
alternativ möglich?  ja  nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflege-  
versicherung festgestellt?  ja  nein

Ich erhalte/ habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen  
(z.B. Pflegegeld/ Pflegezulage)  ja  nein

Wenn ja, von:

der Pflegekasse  der Beihilfestelle  dem Sozialamt  dem Versorgungsamt  sonst. Stellen

---

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/ und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/ Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in den deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen erforderlich sind. 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 Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

---

Datum, Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten\*

\* Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor.  Ja  nein

Datenschutzhinweis (§67a SGB X): Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §7, 28 SGB XI, §60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

## Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach §39a Abs. 1 SGB V (Stand: 11.05.2023)

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
	Vorname:	
	Geb. Datum:	
	Straße:	
	PLZ/ Ort:	
	KV Nr.	
Fax.Nr.		

- Erstantrag     Folgeantrag\*(nur mit \* verbundene Angaben sind erforderlich)  
 eventl. Zur Vorlage beim MDK

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/ Diagnose:.....

Stadium ggf. Metastasierung/.....

Prognose:.....

Begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis wenige Monate)     ja

\*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen Therapie:

Zukünftige Therapie: .....

<input type="checkbox"/> Körperliche Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/> (Lymph.) Ödem	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurologische Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urologische Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen

Der Patient/ die Patientin ist inkontinent:     ja     nein

Der Patient/ die Patientin leidet an einer Suchterkrankung     ja     nein

<input type="checkbox"/> Psychosoziale/ seelsorgerische Unterstützung <input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO Schema) <input type="checkbox"/> s.c. oder i.v. Flüssigkeitssubstitution <input type="checkbox"/> s.c. oder i.v. Infusion mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Versorgung von Port und Pumpensystemen <input type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stoma <input type="checkbox"/> Krisenintervention/ Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung
--	--

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Es liegen Hinweise auf eine Infektionskrankheit vor             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die häusliche Versorgung ist gewährleistet                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Überforderung der pflegenden Angehörigen/ PatientIn lebt allein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Versorgung in einem Pflegeheim ist ausreichend                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Datum

Unterschrift des Arztes/ Stempel