



**SOZIUS**

Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin gGmbH

Schweriner Hospiz am Aubach

Wismarsche Straße 298 h 19055 Schwerin

Telefon: 0385/ 30 30 770 Telefax: 0385/ 30 30 765

IK Nr.: 511 307 035

**Antrag auf Kostenübernahme für stationäre Aufnahme im Hospiz  
(gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung)**

Hiermit beantrage ich

_____	_____
Name, Vorname	Geb.-Datum
_____	_____
PLZ/Wohnort/Straße	Versichertennummer
_____	
Telefon	

- Übernahme der Kosten nach § 39 a SGB V in Verbindung mit §§ 42 und 43 SGB XI
- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Erstantrag
- Höherstufung

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

- der Unfallversicherung \_\_\_\_\_  
Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_  
Art der Pflegeleistung \_\_\_\_\_
- dem Sozialamt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Art der Pflegeleistung \_\_\_\_\_
- sonstigen Stellen \_\_\_\_\_  
z.B. Versorgungsamt \_\_\_\_\_  
Art der Pflegeleistung \_\_\_\_\_

Besteht für Sie ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen

Vorschriften?  ja  nein

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes: SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin gGmbH  
Schweriner Hospiz am Aubach, Wismarsche Straße 298 h, 19055 Schwerin

Telefon und Telefax des Hospizes: Telefon: 0385 3030 770 FAX: 0385 3030 765

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Krankenversicherung/Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 i.V.m. 7 und § 39 a SGB V, § 94 Absatz 1 Nr. 3 i.V.m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind.

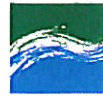
Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen. Insoweit entbinde ich die oben genannten Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an meine Pflegekasse.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

**IK Nr.: 511 307 035**



**SOZIUS**

**Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin gGmbH  
Schweriner Hospiz am Aubach  
Wismarsche Straße 298 h 19055 Schwerin  
Telefon: 0385/ 30 30 770 Telefax: 0385/ 30 30 765**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren am:

**Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und zu bestätigen.**

vorgesehene Aufnahme am: \_\_\_\_\_

genaue Angaben zum **Aufenthaltort des Versicherten** zum Zeitpunkt der Antragstellung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnose mit Krankheitsausprägung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Begründung der Aufnahme:** Finalpflege:  ja  nein

Bei „ja“, Aussage zu palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit?

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift / Telefonnummer des Arztes