Adresse der Krankenkasse

Universitätsmedizin GREIFSWALD

Kostenübernahmeantrag für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz (gilt gleichzeitig als Leistung nach SGB XI)

Versicherter :_____ _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____ _____
Postleitzahl, Ort _____
Straße

KV-Nr.: _____

Genehmigung durch KV: _____

Pflegestufe: _____

☐ Erstantrag vorgesehene Aufnahme am: _____

☐ Stationäre Krankenhausbehandlung seit: _____ in _____

☐ Verlängerungsantrag
Bereits im Hospiz vom _____bis _____

Diagnosen: _____
_____
____ _____

Begründung der Notwendigkeit der Aufnahme im Hospiz
_____
_____
_____

_____ _____
Datum Stempel / Unterschrift des Arztes

Einverständnis des Patienten / Angehörigen

Mit dem Patienten wurde die Verlegung besprochen. Das Einverständnis des Versicherten sowie der Angehörigen liegt vor. Eine Pflege in der Häuslichkeit ist nicht möglich.

_____ _____
Datum Unterschrift des Versicherten; Bevollmächtigten