

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

Das Hospiz

Name: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

beantragt vollstationäre Hospizpflege für die/den nachfolgend genannte/n Versicherte/n:

1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Anschrift	
4	Krankenkasse	
5	Versichertennummer	
6	Der Versicherte hat einen <input type="checkbox"/> Betreuer oder <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten oder <input type="checkbox"/> Angehörigen	Name, Vorname Anschrift Telefon
7	Pflegegrad	Besteht für diesen Versicherten ein Pflegegrad ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
		Oder wurde für diesen ein Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
8	Hausarzt	Titel Name, Vorname Anschrift Telefon

Die Aufnahme soll zum **nächstmöglichen** Termin erfolgen.

Die Einweisung erfolgt durch die nachstehende Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Name der Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik

Straße Hausnr.

PLZ Ort

Telefon/Fax

Wir bitten um

Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz.

Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung des Antrags auf Hospizleistung nach § 39a SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die Pflegekasse beauftragt gemäß § 39a Sozialgesetzbuch Fünftes (SGB V) in Verbindung mit § 18 Abs. 1 SGB XI den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und ggf. ob und wenn ja, welcher Pflegegrad vorliegt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung(en) erfolgten Verarbeitung berührt. Meinen Widerruf kann ich an die AOK PLUS, 01058 Dresden richten oder über jeden anderen Servicekontakt aussprechen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK PLUS oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

Einwilligung zur Datenverarbeitung für die Durchführung der vollstationären Hospizpflege nach § 39a SGB V

Ich willige ein,

dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.

dass der MDK die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste befragt, die an meiner Pflege beteiligt sind.

dass die AOK PLUS Unterlagen, die ich ihr über meine Mitwirkung nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus freiwillig überlassen habe, für den Zweck der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit vorliegen, an den MDK weitergeben darf.

Mein jeweiliges Einverständnis ist freiwillig. Ich kann sie einzeln oder insgesamt verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Versicherter/Betreuer/Bevollmächtigter

Bestätigung der **Kostenübernahme** durch die Kranken-/Pflegekasse:

_____ Datum

_____ Stempel/Unterschrift