




Hospiz Hildesheim  
Nardinistr. 17, 66849 Landstuhl  
Tel. 06371 /40369 -0,  
Fax. 06371 / 40369 -29  
[hospiz@kv-kl-land.drk.de](mailto:hospiz@kv-kl-land.drk.de)  
IK Nr.: 510 700 531

**Deutsches Rotes Kreuz**   
**Kreisverband Kaiserslautern Land**  
**Sozialdienst gGmbH**

## Antrag auf Kostenübernahme der Hospizversorgung

Name: ..... Vorname:.....  
Krankenkasse ..... Versicherungsnummer: .....  
PLZ/ Ort: ..... Straße: .....  
Geb.-Datum.....

Der / Die o.g. Patient/in  soll / wird am ..... bzw.

ist am ..... in unsere

anerkannte Hospizeinrichtung zur vollstationären Versorgung aufgenommen worden.

Es handelt sich um  eine Verlegung aus dem **häuslichen Bereich**, da eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

eine Verlegung aus der akuten **stationären Krankenhausbehandlung**, da die ärztliche Behandlung i.S. von § 39a SGB V mit den Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr im Vordergrund steht.

Name des Krankenhauses .....

Vorgesehener Verlegungstermin .....

eine Verlegung aus einer stationären Pflegeeinrichtung, da eine angemessene Versorgung des Patienten im Pflegeheim nicht mehr möglich ist. (Ausnahmefall – schriftl. Genehmigung der Kasse /MDK Muss vorliegen)

**Es liegt eine Anerkennung auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Grad ..... vor.**

Über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wurde noch nicht entschieden.

Ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird hiermit formlos gestellt.

Leistungen nach § 42 SGB XI

sind aufgebraucht /  sind noch nicht aufgebraucht.

Die ärztliche Bescheinigung zur Verordnung von vollstationärer Hospizversorgung

ist beigefügt. /  wird nachgereicht

Sonstige Anmerkungen: .....

.....  
Unterschrift Antragsteller