



Antrag auf Leistungen nach § 39a SGB V für die stationäre Versorgung in einem Hospiz

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift des Gastes/Versicherten

Krankenkasse

Versichertennummer

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Die stationäre Versorgung erfolgt im:

Oberlandhospiz gGmbH Löblweg 4 83707 Bad Wiessee
Telefon: 08022 - 971030,
info@hospiz-oberland.de

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Die ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt noch in meiner Familie erbracht werden.
- ☐ Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.
- ☐ Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Einstufung in einen höheren Pflegegrad.
- ☐ Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe und Heilfürsorge.
- ☐ Die stationäre Versorgung im Hospiz ist auf einen Unfall, eine Berufskrankheit, Tötlichkeit, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden, einen Überfall oder auf eine sonstige Schädigung (bspw. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.
- ☐ Ich erhalte eine Pflegezulage oder Entschädigungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder ähnlich.

Einwilligungserklärung und Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekassen und der medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindlichen Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o.g. Person bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse und Pflegekasse personenbezogene Daten, die Ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§96, Abs. 2 SGB XI).

Datenschutzhinweis - §67a, Abs. 3 SGB X: Damit die Kranken- und Pflegekasse ihre Aufgabe rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

vom Hospiz auszufüllen:

Der o.g. Versicherte wird voraussichtlich am _____ in das Oberlandhospiz aufgenommen.
Sofern sich der Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken- /Pflegekasse mit.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Oberlandhospizes

Freigabe	Bearbeiterin / Dokument	Änderungszustand	Erstellt am	Geändert am	Seite
GF	A. Daxenberger		06.10.2025		1 von 1