

Adresse der Krankenkasse



Universitätsklinikum  
GREIFSWALD

Universitätsmedizin Greifswald  
Greifswalder Hospiz  
IK-Nr. 511305099  
Ellernholzstraße 1-2, 17475 Greifswald  
Tel. 03834 / 866890 / 92  
Fax 03834 / 866891  
Mail: hospiz@med.uni-greifswald.de

## 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: \_\_\_\_\_

Pflegegrad : \_\_\_\_\_

☐ 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

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

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

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

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

Angaben zum Aufenthaltsort des Versicherten zum Termin der  
Antragstellung und Kontaktdaten (Kotaktdaten vom Vorsorgebevollmächtigten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Diagnose mit Krankheitsprägung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Begründung der Aufnahme:

Finalpflege: ☐ ja ☐ nein

Bei „ja“ Aussage zum 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