

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 (Kontaktdaten 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