

Stationäres Hospiz Siloah

Comeniusstr. 12, 02747 Herrnhut

Email: stationaer@hospiz-ostsachsen.de

Tel: 035873/ 362060 Fax: 035873/362066



Antrag auf Hospizpflege

Das Hospiz Siloah in Herrnhut stellt hiermit im Sinne der Einzelfallentscheidung den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für Ihre/Ihren Versicherten(n):

Name:	Vorname
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Krankenkasse:	Versicherungsnummer:

Die Aufnahme in das Hospiz Siloah, Comeniusstr. 12 ,02747 Herrnhut, ist für den _____ geplant.

Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/ Klinik

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Tel. _____

Telefax _____

Wir bitten um Einzelfallentscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz sowie um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Datum _____

Datum _____

Hospiz Siloah Herrnhut

Unterschrift Versicherte(r) oder
Bevollmächtigte(r) bzw. Betreuer

Bestätigung der **Kostenübernahme** durch die Krankenkasse/Pflegekasse:

Datum, Stempel, Unterschrift