Antrag auf Kostenübernahme für eine stationäre Hospizversorgung

nach § 39 a SGB V / Einstufung nach § 72 SGB XI

Krankenkasse

Name

Straße

Ort

Antragsteller

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Versicherungsnummer

Pflegestufe vor Aufnahme Beantragt: wann durch wen

Ort, Datum Unterschrift

Vertretung des Antragstellers

Name, Vorname

Adresse

Ort, Datum Unterschrift

Hospiz Kafarnaum, Dr.-Rumpf-Weg 7, 76530 Baden-Baden

Tel.: 07221/213325, Fax: 07221/213357, info@klinikum-mittelbaden.de