

KLINIK BAVARIA KREISCHA

Versorgungsvertrag nach § 140 a SGB V zur Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Schäden des zentralen und/oder peripheren Nervensystems

An der Wolfsschlucht 1 – 2 • 01731 Kreischa
www.klinik-bavaria.de



Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des Versorgungsvertrages „Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Schäden des zentralen und/oder peripheren Nervensystems“

1. Personalien des Versicherten

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Telefon	KV-Nr.	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort

2. Ist die Erkrankung auf fremde Einwirkung zurückzuführen?

- nein ja, und zwar als Folge einer Berufskrankheit / eines Arbeitsunfalles
 einer Körperverletzung durch Dritte

3. Angaben zur sozialen Situation

- Leben Sie zu Hause allein in einer Pflegeeinrichtung
 mit Angehörigen in einem Altenheim /
 Altenwohnheim
 mit Bekannten im betreuten Wohnen

In welcher Etage leben Sie? _____

Fahrstuhl vorhanden? ja nein

Wie war die häusliche Versorgung bisher sichergestellt?

4. Begleitperson (als Selbstzahler) gewünscht ja nein

5. Angaben zum Betreuer / gesetzlichen Vertreter oder sonstigem Bevollmächtigten

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: Festnetz _____

 Mobil _____

Kopie vom Betreuerausweis / Vollmacht als Anlage beigelegt

6. Einverständniserklärung:

Ich entbinde die mich behandelnden Krankenhausärzte, meinen Hausarzt und die Ärzte in den Kliniken des Versorgungsvertrages von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte der AOK PLUS im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen alle für die Beurteilung der Maßnahme erforderlichen Daten zu erheben und zu verwenden.

Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, dass weitere Ärzte oder Stellen über Daten verfügen, die für die Beurteilung der Maßnahme relevant sind, dürfen sie von der AOK PLUS angefordert und verwendet werden.

Ich gestatte die Weitergabe der Daten an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen und die Übermittlung der von diesem erstellten Gutachten an die AOK PLUS.

Datum

Unterschrift Versicherter / Betreuer / gesetzlicher Vertreter
oder sonstiger Bevollmächtigter