

Per Fax an die Krankenkasse:

.....
.....

Antrag auf Kostenübernahme für den Aufenthalt im Hospiz am Buck

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Frau / Herrn

Aufnahme voraussichtlich:

beantragen wir die Kostenübernahme nach § 39 a SGB V.

Der vereinbarte Pflegesatz ab dem 01.09.2024 für das Hospiz am Buck beträgt **608,00 €**.

Wir bitten Sie um Genehmigung durch den MDK.

Das ärztliche Attest liegt bei.

Wegen der ungünstigen Prognose bitten wir um eine kurzfristige Entscheidung und Mitteilung.

Fax 07621 16232-16 oder per Mail: info@hospiz-am-buck.de

Für Ihre Bemühungen danken wir im Voraus und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Lörrach, den

.....

(Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes)