Hospiz am Buck GmbH
gemeinnützige Gesellschaft

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 01.09.2025 für das Hospiz am Buck beträgt **641,25 €**.

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)

Hospiz am Buck GmbH*Bergstr. 49A*79539 Lörrach*Tel.07621/162320*FAX 07621/1623216
Hospiz-IK: 510837023