

QM**Tageshospiz Adiuvantes**
Mariahilfkirchenweg 8, 84137 Vilsbiburg
Tel.: 08741-9498770 Fax: 08741-9490780
E-Mail: info@tageshospiz-vib.de**TAGESHOSPIZ ADIUVANTES**Arbeitsanweisung
Rev. 1
Seite 1 von 1**Antrag Kostenübernahme****Antrag für den Aufenthalt im Tageshospiz Adiuvantes**

Bitte mit der ärztlichen Bescheinigung nach § 39a, SGB V an die Krankenkasse weiterleiten.

Institutionskennzeichen (IK): 510927340

Antragssteller

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

KV-Nummer: _____

Pflegegrade: _____

Datum 1.
Tageshospizbesuch: _____**Antragssteller**

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

In Vertretung / Betreuung

Straße PLZ, Ort: _____

Erstellt von Moritz Fiedler	Geprüft von Alexandra Hofbauer	Freigegeben von Dr. U. Vehling- Kaiser, PD. Dr. F. Kaiser
Am 26.10.2022	Am 26.10.2022	Am 27.10.2022