
Einwilligungserklärung zur Durchführung von Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Privatversicherte

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

bei mir bei meinem/meiner Angehörigen bei dem/der von mir betreuten Patienten/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch das Palliative-Care-Team Leuchtturm erbracht werden.

Das Informationsblatt für Privatversicherte inklusive der aktuell gültigen Vergütungen habe ich erhalten und bestätige hiermit, dass ich gem. § 630c Abs. 3 BGB (Patientenrechtegesetz) über die Kostenerstattung der Privaten Krankenversicherungen und die voraussichtlichen Kosten der SAPV-Versorgung informiert wurde.

Rechnungsadresse

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Ich verpflichte mich hiermit, für die Forderungen des Palliative-Care-Team Leuchtturm für die Vergütungen der SAPV-Leistungen (siehe Rückseite) allumfänglich aufzukommen, auch für den Fall, dass diese von dem Krankenversicherungsträger des/der Patienten/in nicht oder nur unvollständig erstattet bzw. übernommen werden.

Sofern eine Begleichung der vom Palliative-Care-Team Leuchtturm gestellten Rechnungen durch den/die Patienten/in oder seine Vertreter aus gesundheitlichen oder anderen unvorhersehbaren Gründen nicht möglich sein sollte, ermächtige ich das Palliative-Care-Team Leuchtturm die Leistungen für die SAPV-Leistungen direkt mit der Krankenkasse abzurechnen. Diese Ermächtigung gilt über den Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)

Vergütungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
nach den in Hessen einheitlich geschlossenen Verträgen mit den
gesetzlichen Ersatz- und Betriebskrankenkassen

(Stand 01.12.2020)

Sofern die SAPV-Leistungen **Koordination, Teil- und Vollversorgung** vollständig **außerhalb eines stationären Hospizes** erbracht werden, erhält der Leistungserbringer:

P1	01. bis 10. Tag	€ 1737,51	Fallpauschale
P2	11. bis 56. Tag	€ 139,00	pro Versorgungstag
P3	ab dem 57. Tag	€ 92,67	pro Versorgungstag

Sofern die SAPV-Leistungen **Koordination, Teil- und Vollversorgung** vollständig **innerhalb eines stationären Hospizes** erbracht werden, erhält der Leistungserbringer:

H1	01. bis 10. Tag	€ 868,75	Fallpauschale
H2	ab dem 11. Tag	€ 69,50	pro Versorgungstag

Für die SAPV-Leistung **Beratung** erhält der Leistungserbringer:

B1		€ 196,92	für die erste Beratung
B2		€ 86,88	für jede weitere Beratung

Hinweis: Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel sind mit der Vergütung der SAPV-Leistungen nicht abgegolten und werden gesondert abgerechnet.