

## **Kostenübernahme palliativmedizinische Versorgung durch die Private Krankenversicherung**

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_

Sie werden, Ihren Wünschen entsprechend, vom Palliativmedizinischen Konsiliardienst betreut. Mit den gesetzlichen Krankenversicherungen wurde in Westfalen-Lippe ein Vertrag über die ambulante allgemeine palliativmedizinische Versorgung abgeschlossen.

Die Privatkrankenversicherungen haben diese Art der Versorgung von schwerstkranken Patienten noch nicht in ihr Leistungsspektrum übernommen. Unser Anliegen ist es Sie als Privatpatient palliativmedizinisch zu versorgen, als ob Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse wären. Dafür setzen wir allerdings voraus, dass unsere Leistung gleichwertig vergütet wird. Sie erhalten in Angleichung an den o.g. Vertrag als Privatpatienten von uns einmalig eine Rechnung für die Inanspruchnahme unseres Dienstes, unabhängig von der Dauer der Einschreibung und der Häufigkeit der Inanspruchnahme unseres Dienstes.

Wir lassen Ihnen in einem gesonderten Schreiben eine Honorarrechnung zukommen, die Sie bei Ihrem Versicherer zur Erstattung einreichen können. Bei Rückfragen sind wir Ihnen gerne behilflich. Sie erreichen uns von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr unter der Rufnummer **02041 7665100**.

### **525 Euro – analog SNR 91511 - einmalig pro Patienten**

**Pauschale für die Koordinierung der Versorgung zur Sicherung einer durchgehend ambulanten Betreuung eingeschriebener Palliativpatienten einschließlich der Unterstützung und Anleitung von Angehörigen, um diesen eine eigenständige Betreuung des Palliativpatienten zu Hause zu ermöglichen.**

### **60 Euro – analog SNR 91520 - einmalig pro Patienten**

**Durchführung eines Erstassessments durch eine(n) nach § 5 Abs. 4 qualifizierte Koordinator/in des PKD im Rahmen eines persönlichen Kontaktes im selbstgewählten Umfeld eines eingeschriebenen Palliativpatienten.**

## **Einverständniserklärung für privat versicherte Patienten zur Betreuung durch den PKD Bottrop.**

Ich möchte an der palliativmedizinischen Versorgung durch den PKD Bottrop teilnehmen und bin über die entstehende Kostenpauschale von 525 Euro und 60 Euro informiert und einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Vertreter

**Besondere Leistungen > Vollversorgung 120 Euro analog SNR 91516**

Im Verlauf Ihrer Erkrankung kann es sein, dass Sie täglich die Unterstützung unseres Dienstes vor Ort benötigen. Diese sogenannte **Vollversorgung** ist ebenfalls im Versorgungsvertrag über die ambulante allgemeine palliativmedizinische Versorgung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen integriert und wird mit einer Pauschale von 120 Euro pro Tag vergütet. Sie wird von den Koordinatoren oder Palliativmedizinern mit Ihnen besprochen. In Angleichung an den o.g. Vertrag erhält der Privatpatient von uns eine Rechnung über 120 Euro für jeden Tag der erbrachten Leistung. Bitte klären Sie auch hierzu mit Ihrer Versicherung die Frage der Kostenübernahme.

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Vertreter

**Damit wir Ihnen die Rechnung zusenden können bitten wir um ergänzende Angaben**

**Name und Anschrift der Versicherung**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Aktenzeichen oder Versicherungsnummer:**

\_\_\_\_\_

**Die Rechnung soll an folgende Person geschickt werden.**

Herr / Frau  
Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_