

## Antrag für den Aufenthalt im stationären Hospiz Pforzheim/Enzkreis

Bitte mit der ärztlichen Bescheinigung nach § 39a, SGB V an die Krankenkasse weiterleiten.  
Bei fehlender Einstufung nach SGB XI Antrag ergänzen (FB-AV-31)

### Antragssteller

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße, PLZ, Ort:

---

---

Telefon:

---

Krankenkasse:

---

KV-Nummer:

---

Pflegegrade:

---

### Antragssteller

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---

### In Vertretung / Betreuung

Straße PLZ, Ort:

---

---