



## Unterbringung von Begleitpersonen gem. § 11 Abs. 3 SGB V / Unterbringung von Patient: innen im Rahmen der Integrierten Versorgung

### Begleitperson:

Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Patient: in:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geb.-Datum, Fallnummer

Ab dem \_\_\_\_\_ für die Dauer von ca. \_\_\_\_\_ Tagen  auf Station  im Mercure /ibis Hotel\*  in einem Apartment

\*Bitte beachten Sie bei Unterbringung im Hotel, dass Sie sich am Tag der Abreise an der Rezeption „auschecken“, andernfalls können Zusatzkosten entstehen. Bei kostenfreier/vergünstigter Unterbringung als Begleitperson, endet diese Vereinbarung immer mit der Entlassung des Patienten: in in der MHH. Gemäß Erklärung der LH Hannover entfällt im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Aufnahme der o.g. Begleitperson für den angegebenen Zeitraum die Beherbergungsteuerpflicht.

Übernachtung im Rahmen der **Integrierten Versorgung** (IV) gem. §§ 140 a ff. SGB V, „Cochlea-Implantation“. Die Übernachtung erfolgt während der Behandlungsdauer kostenfrei im Mercure / ibis Hotel Hannover Medical Park (inkl. Frühstück).

### Hinweis bei Privater Krankenversicherung:

Sollte die Private Krankenversicherung die Übernahme von Kosten für die (medizinisch begründete) Unterbringung einer Begleitperson vertraglich ausgeschlossen haben, sind die Kosten selbst zu tragen. Begleitperson und Patient: in haften für die Kosten gemeinsam als Gesamtschuldner.

- Medizinische Notwendigkeit für die Mitaufnahme einer Begleitperson (BP) ist nicht gegeben.** Bei einer Unterbringung im Hotel wird mit gültiger Legitimation ein Nachlass von 10% auf die flexible Tagesrate gewährt. Das Frühstück wird mit 15,00 € pro Person/Tag berechnet. Die Kosten sind bei Abreise vor Ort selbst zu zahlen. BP und Patient: in haften für die Kosten als Gesamtschuldner.
- Mitnahme einer Pflegekraft i. S. d. § 63 b SGB XII** (Pflege durch vom Patienten beschäftigte besondere Pflegekräfte)
- Mitnahme einer Begleitperson ist medizinisch notwendig +** nachstehend ausführliche Begründung durch behandelnden Arzt  
**\*Pflicht\***

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Begleitperson/CI-Patient: in

### Vom Arzt auszufüllen **\*Pflicht\***

Grund	Ausführliche Begründung
<input type="checkbox"/> Alter des Kindes	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt Bewusstsein	
<input type="checkbox"/> Schwere der Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren durch geistige oder körperliche Behinderung	
<input type="checkbox"/> Bei ausgeprägten Angstzuständen oder zu befürchtenden gravierenden psychischen Problemen	
<input type="checkbox"/> Zum Erlernen und Einüben therapeutischer oder pflegerischer Maßnahmen / Handhabung von Hilfs- oder Heilmitteln über die akutstationäre Versorgung hinaus	