



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 Leonardo 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 Beherbergungssteuerpflicht.

☐ Übernachtung im Rahmen der **Integrierten Versorgung** (IV) gem. §§ 140 a ff. SGB V, „Cochlea-Implantation“. Die Übernachtung erfolgt während der Behandlungsdauer kostenfrei im Hotel Leonardo Roderbruch (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.**

Sollte die Unterbringung bei Vorliegen einer gültigen Legitimation im Hotel erfolgen, werden Ihnen Informationen zu den aktuellen Konditionen und Preisen durch das Hotel erteilt. Die Rechnung ist bei Abreise an der Rezeption zu zahlen. Begleitperson und Patient: in haften für die Kosten als Gesamtschuldner.

☐ **Mitaufnahme einer Pflegekraft i. S. d. § 63 b SGB XII** (Pflege durch vom Patienten beschäftigte besondere Pflegekräfte)

☐ **Mitaufnahme 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
☐ Alter des Kindes	
☐ Beeinträchtigtes Bewusstsein	
☐ Schwere der Erkrankung	
☐ Zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren durch geistige oder körperliche Behinderung	
☐ Bei ausgeprägten Angstzuständen oder zu befürchtenden gravierenden psychischen Problemen	
☐ Zum Erlernen und Einüben therapeutischer oder pflegerischer Maßnahmen / Handhabung von Hilfs- oder Heilmitteln über die akutstationäre Versorgung hinaus	