



Unterbringung von Begleitpersonen gem. § 11 Abs. 3 SGB V / Unterbringung von Patient: innen im Rahmen der CI - 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 Hotel¹ ☐ in einem Apartment

¹ 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 **präoperativen** Vorbereitung zur „Cochlea-Implantation“ (2 Übernachtungen im Hotel).
Die Kosten trägt die MHH.

☐ Übernachtung im Rahmen der **ambulanten Ersteinstellung** nach „Cochlea-Implantation“ (ca. 3 Übernachtungen im Hotel).
Die anfallenden Übernachtungskosten trägt die /der Patient: in selbst. Die Rechnung ist bei Abreise an der Rezeption zu zahlen.

☐ Übernachtung im Rahmen der **Integrierten Versorgung** (IV) gem. §§ 140 a ff. SGB V, „Cochlea-Implantation“.
Die Kosten trägt die MHH.

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.

☐ **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

Datum, Unterschrift Arzt

Datum, Unterschrift Begleitperson/CI-Patient: in

Vom Arzt auszufüllen – Bei „*“ Auswahl nur gültig in Verbindung mit der Angabe zur ausführlichen Begründung *Pflicht*:

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