B. Musterformular „Tagesstationäre Behandlung“

*[Briefkopf Krankenhausträger]*

**Tagesstationäre Behandlung gemäß § 115e SGB V**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Anschrift des Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es besteht die Möglichkeit, eine sog. tagesstationäre Behandlung (auch „Tagesbehandlung“ genannt) gemäß § 115e SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) durchzuführen. Diese ermöglicht es, dass Sie tagsüber im Krankenhaus behandelt werden, aber nicht im Krankenhaus übernachten, sondern „außerhalb des Krankenhauses“, also zum Beispiel zu Hause übernachten können.

Dadurch werden Ihnen gegenüber nicht weniger Leistungen oder andere Leistungen erbracht, sondern lediglich die Übernachtung im Krankenhaus entfällt.

Aus Krankenhaussicht ist es im Rahmen Ihrer Behandlung medizinisch möglich, dass Sie zu Hause übernachten und am nächsten Tag wieder zurück ins Krankenhaus kommen. Dies haben die Sie behandelnden Ärzte festgestellt.

**Voraussetzung: Gesicherte Versorgung zu Hause**

Für die Entscheidung, ob Sie zu Hause übernachten oder nicht, ist – neben Ihrer gesundheitlichen Verfassung – wichtig, wie sich Ihre Versorgungssituation zu Hause gestaltet. Wenn Sie sich selbst nicht versorgen können, ist es wichtig, dass eine weitere Person, z.B. Ihr Ehegatte oder ein Angehöriger, bei Ihnen zu Hause ist, um sich ggf. um Sie zu kümmern.

Nur, wenn Ihre Versorgung über Nacht sichergestellt ist, kann eine tagesstationäre Behandlung durchgeführt werden.

**Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

Es besteht keine Verpflichtung für Sie, über Nacht nach Hause zu gehen. Die Entscheidung darüber ist für Sie freiwillig und liegt alleine bei Ihnen! Sie müssen keine Gründe nennen, sofern Sie lieber im Krankenhaus übernachten wollen!

Sie haben auch jederzeit die Möglichkeit, eine getroffene Entscheidung für eine Übernachtung zu Hause zu widerrufen. Auch hierfür müssen Sie keine Gründe nennen.

**Rückkehr jederzeit möglich**

Sofern Sie über Nacht nach Hause gehen und sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtern sollte, besteht jederzeit die Möglichkeit, zurück ins Krankenhaus zu kommen.

**Hinweis hinsichtlich möglicher Fahrkosten**

Wenn Sie zu Hause übernachten, müssen Sie in der Regel die Fahrt / Fahrten nach Hause und wieder zurück in das Krankenhaus selbst organisieren und auch bezahlen, z.B. wenn Sie mit dem Taxi fahren.

**Für gesetzlich versicherte Patienten:**

Nur in wenigen Ausnahmefällen übernimmt Ihre Krankenkasse die Fahrkosten auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung. Es gelten die gleichen Regelungen wie für Krankenfahrten zu einer Arztpraxis. Das bedeutet: Eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse kommt ausnahmsweise in Frage für Menschen mit besonderen Mobilitätseinschränkungen (Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität), für Menschen mit Pflegegrad 4 oder 5 oder bei Beförderungserforderlichkeit aufgrund einer Therapie mit hoher Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum wie einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie. Liegen die Voraussetzungen bei Ihnen vor, wird der Transport in diesem Fall verordnet.

Die Kosten für einen Transport mit dem Rettungswagen werden von ihrer Krankenkasse nur dann übernommen, wenn Sie sich in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder ihr Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt.

**Für privat versicherte Patienten:**

Bitte prüfen Sie, ob und unter welchen Voraussetzungen ihre Versicherung diese Kosten übernimmt.

**Einwilligung in die tagesstationäre Behandlung durch den Patienten**

**Ich habe oben ausgeführte Hinweise gelesen und versichere, dass meine häusliche Versorgung, ggf. durch einen Angehörigen, gewährleistet ist und entscheide mich für eine tagesstationäre Behandlung.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Unterschrift des Patienten

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vertreters Anschrift des Vertreters

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Vertreters