

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Name, Vorname des Versicherten:	
Geburtsdatum:	
Kranken-/Pflegekasse:	
Versichertennummer:	

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem stationären Hospiz ist aufgrund folgender **Befunde** und **Diagnosen** sowie **Symptome** notwendig:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Versorgung der/des Versicherten wurde bislang

in einem Krankenhaus
 zu Hause
 Sonstiges

sichergestellt. Sofern der/die Versicherte bisher in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wurde, bitten wir Sie um Mitteilung, aus welchen Gründen diese Versorgung nicht mehr sichergestellt ist (für die Begründung evtl. die Rückseite dieser Bescheinigung verwenden).

Die stationäre Versorgung im Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

<input type="checkbox"/>	die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
<input type="checkbox"/>	bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ - medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
<input type="checkbox"/>	die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
<input type="checkbox"/>	bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
<input type="checkbox"/>	die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, da der palliativ - medizinische und palliativ - pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.), sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

Datum

Unterschrift und Stempel (Arzt)