

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

 Name, Vorname des Versicherten geb. am Versicherten-Nr. _____
 (Diese Angaben sind **zwingend** für den Antrag bei den Kassen erforderlich!)

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

(Sofern Ihnen aktuelle Befunde vorliegen, bitten wir Sie, diese beizulegen.)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Versorgung der/des Versicherten wurde bislang

im 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 verwenden.)

Die stationäre Versorgung in einem Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt, die progredient verläuft und bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und

bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und

die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Eine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39a SGB V ist nicht erforderlich.

Die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht mehr aus, weil 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 ergänzende ambulante Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulanter Hospizdienst etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen übersteigt.

 Stempel/ Datum:
 Unterschrift Arzt/Ärztin:
 (Diese Angaben sind **zwingend** für den Antrag bei den Kassen erforderlich!)

erstellt	genehmigt	Datum	Gültig bis
M. Alfia	G. Kolb	09.12.2013	-