

## **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** notwendig:

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

(sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese zur Weiterleitung an den MDK beizulegen)

### **Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Die Versorgung der/des Versicherten wurde bislang

in einem Krankenhaus                       zu Hause                       \_\_\_\_\_

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,**

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- Bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist,
- Die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- Bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGBV nicht erforderlich ist und
- 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 und ergänzenden ambulanten Versorgungsformen, sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

---

Arztstempel

Datum

Unterschrift Arzt