



BESCHEINIGUNG des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherungsnummer: _____
Name der Krankenkasse: _____

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

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Versorgung der / des Versicherten wurde bislang

in einer stationären Pflegeeinrichtung

zu Hause

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

Die stationäre Versorgung in einem Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- die progradient verläuft und bereits ein weit 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 Tagen, Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V nicht erforderlich macht
- Die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht aus, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeit von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) sowie die Finalpflege und Sterbegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

Arztstempel

Datum

Unterschrift Vertragsarzt

www.kreuznacherdiakonie.de