

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Name, Vorname d. Versicherten: _____ Geb.: _____
Kranken/Pflegekasse: _____ Vers.Nummer: _____

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem 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 sichergestellt:

In einer stationären Pflegeeinrichtung zu Hause

Sofern der/die Versicherte bisher in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wurde, bitten wir Sie um Mitteilung, aus welchen Gründen diese Versorgung nicht 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 progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat
bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist
die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder Monaten erwarten lässt
Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich
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 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 & Stempel des Vertragsarztes