

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Name:

Krankenkasse:.....

Vorname:

Versicherungsnummer:

Geb. am:

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

() 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 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 palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V nicht erforderlich ist und
- 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.

Arztstempel

Datum

Unterschrift (Arzt)