

## Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Versichertennummer	Name der Kranken-/ bzw. Pflegekasse
--------------------------------	---------	--------------------	-------------------------------------

**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. 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 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 des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint.

**-Arztstempel-**

**-Datum**

**-Unterschrift des Vertragsarztes-**