

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit Vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Name, Vorname des/der Versicherten

geb.am

Versichertennummer

Name der Krankenkasse und ggf. Beihilfestelle

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

Sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese 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 Begründung, aus welchen Gründen diese Versorgung nicht sichergestellt ist.

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 und vom Patienten erwünscht ist,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder Monaten erwarten lässt.
- bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.
- Die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht, 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 des Vertragsarztes