\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**