



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

Adress-Aufkleber

Name: .....	Vorname: .....
Krankenkasse: .....	Versicherungsnummer: .....
PLZ / Ort: .....	Straße: .....
Geb.-Datum: .....	<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag

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

.....  
.....  
.....

**Die Versorgung der /des Versicherten wurde bislang:**

- zu Hause       in einer stationären Pflegeeinrichtung      sichergestellt.

**Die Versorgung kann in der stationären Pflegeeinrichtung nicht mehr sichergestellt werden weil:**

.....

**Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung                           | <input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen                |
| <input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle                                 | <input type="checkbox"/> Versorgung von Stomata (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) |
| <input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie (WHO-Schema)                          | <input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen              |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen zur Flüssigkeitssubstitution              | <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG)                              |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten                          | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung                                 |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung<br>(Dekubitus, exulzierende Tumore, Fisteln) | <input type="checkbox"/> sonstiges.....  |

**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.
- 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.

.....

(Arztstempel)

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)