

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR FESTSTELLUNG DER NOTWENDIGKEIT VOLLSTATIONÄ- RER HOSPIZVERSORGUNG NACH § 39A ABS. 1 SGB V

Name, Vorname des Versicherten		Krankenkasse bzw. Kostenträger
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer
PLZ/Ort		PLZ/Ort
Versicherten-Nr.	Geburtsdatum	Telefon

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

[Redacted area for findings and diagnoses]

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 und vom Patienten erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt
- bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39a SGB V nicht erforderlich ist.
- 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 sowohl die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) als auch die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.