



Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a, SGB V

Erstbescheinigung Folgebescheinigung

Angaben Patient/Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	

Die stationäre Hospizversorgung ist aufgrund folgender Diagnosen notwendig:

.....

.....

.....

.....

O.g. PatientIn leidet an einer Erkrankung,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erfordert
- für die eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht oder nicht durchführbar ist (Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebene Versorgungsbedarfs)
- für die eine stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim unzureichend ist oder nicht gegeben ist.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin, Stempel