

**Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit vollstationärer**

**Hospizversorgung nach § 39a, SGB V**

**☐ Erstbescheinigung ☐ Folgebescheinigung**

**Angaben Patient\*in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Krankenkasse: |  |

**Die stationäre Hospizversorgung ist aufgrund folgender Diagnosen notwendig:**

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………**

**O.g. Patient\*in 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 |