



**Bescheinigung des behandelnden Arztes  
über die Notwendigkeit der Hospizversorgung**

Name, Vorname des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese zur Weiterleitung an den MDK beizulegen)

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

Die Versorgung des/der Versicherten wurde bislang an folgendem Ort sichergestellt:

- in einem Krankenhaus
- zu Hause
- \_\_\_\_\_



2 / 2

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.

---

---

---

---

---

---

---

**Die 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,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und
- die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, da der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörigen, Ehrenamtlichen) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen, vertrags-gesetzliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc. sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

Arztstempel

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Arzt