

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung

Caritas Hospiz Lebensraum, Kükenthalstrasse 21, 96450 Coburg
Telefon: 09561 / 32925-0 Telefax: 09561 / 32925-99
E-Mail: hospiz-lebensraum@caritas-coburg.de

Caritas Hospiz
Lebensraum



Anschrift der Krankenkasse:	Name:
	Vorname:
	Geb.-Datum:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	KV-Nr.

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem Hospiz ist auf Grund 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 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 um Mitteilung, aus welchen Gründen diese nicht mehr sichergestellt ist.** (Für die Begründung ggf. 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

☐ bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist

☐ die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

☐ eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39a 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 Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörigen und Ehrenamtlichen) und (familien-) – ergänzende ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.), sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

(Arztstempel)

(Datum)

(Unterschrift des Vertragsarztes)