

# Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung



Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift des Gastes/Versicherten

Krankenkasse

Versichertennummer

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem stationären 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 der/des Versicherten wurde bislang

☐ in einem Krankenhaus ☐ 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.** (Zur Begründung legen Sie dieser Bescheinigung ggf. bitte ein eigenes Blatt bei).

## Die stationäre Versorgung im stationären 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 aufgrund seines Umfangs die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung, etc.), sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

|          |                           |                  |             |             |         |
|----------|---------------------------|------------------|-------------|-------------|---------|
| Freigabe | Erstellt/bearbeitet durch | Änderungszustand | Erstellt am | Geändert am | Seite   |
| GF       | A. Daxenberger            |                  | 06.10.2025  |             | 1 von 1 |

/Users/dayanakoch/Downloads/Endfassung\_Bescheinigung Arzt\_Notwendigkeit stationäre Hospizversorgung.docx