



Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Adress-Aufkleber

Name: Vorname:

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

PLZ / Ort: Straße:

Geb.-Datum: Erstantrag Folgeantrag

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

Die Versorgung der /des Versicherten wurde bislang:

zu Hause in einer stationären Pflegeeinrichtung sichergestellt.

Die Versorgung kann in der stationären Pflegeeinrichtung nicht mehr sichergestellt werden weil:

.....

Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

- Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung
- Versorgung von Kathetern und Drainagen
- Krisenintervention / Symptomkontrolle
- Versorgung von Stomata (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-)
- Überwachung von Schmerztherapie (WHO-Schema)
- Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen
- s.c.- oder i.v.- Infusionen zur Flüssigkeitssubstitution
- Enterale Ernährung (PEG)
- s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten
- Parenterale Ernährung
- Spezielle Wundversorgung
(Dekubitus, exulzierende Tumore, Fisteln)
- sonstiges.....

Die stationäre 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 und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 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 von seinem Umfang her 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.

.....
(Arztstempel)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)