

**Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit  
der stationären Behandlung**

-----  
Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Versichertennummer

Name der Kranken-  
bzw. Pflegekasse

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

---

---

---

---

(Sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitte wir Sie, diese zu Weiterleitung an den MDK beizulegen.)

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Die Versorgung des Versicherten wurde bislang

☐ in einer stationären Pflegeeinrichtung

☐ zu Hause

sichergestellt.

**Sofern der / die Versicherte bisher in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wurde, bitten wir Sie um Mitteilung, aus welchem Grund diese Versorgung nicht mehr sichergestellt ist** (Für die Begründung evtl. bitte 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 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.
- ☐ 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 palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner 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 des Vertragsarztes)