## 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@caritas-pflege-coburg.de

Anschrift der Krankenkasse:	Na	me:
	Vo	rname:
	Ge	bDatum:
	Str	aße:
	PL	Z/Ort:
	KV	-Nr.
Die palliativ-medizinische Behar Diagnosen notwendig:	ndlung in einem	Hospiz ist auf Grund folgender <b>Befunde</b> und
(coforn Ibnon aktualla Rafundharichta )	vorlingen hitten wir	Sie, diese zur Weiterleitung an den MDK beizulegen.)
Zutreffendes bitte ankreuzen:	onlegen, bitten wir	ole, diese zur Weiterieitung an dem MDN beizulegen.)
Die Versorgung der/des Versich	erten wurde bis	lang
☐ in einer stationären Pflegeeinrichtung		□ zu Hause
versorgt wurde, bitten wir um	Mitteilung, aus	er in einer stationären Pflegeeinrichtung s welchen Gründen diese nicht mehr e 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 L Monaten erwarten lässt	ebenserwartunç	g von wenigen Wochen oder wenigen
☐ eine Krankenhausbehandlung	g im Sinne des §	§ 39a SGB V ist nicht erforderlich.
palliativ-medizinische und pallia Erkrankung resultiert, in seiner / (Angehörigen und Ehrenamtlich Versorgungsformen (vertragsärz	tiv-pflegerische Art und Umfang en) und (familie ztliche Versorgu e Finalpflege un	in der Familie reicht nicht aus, weil der Versorgungsbedarf, der aus dieser her die Möglichkeiten von Laienhelfern n-) – ergänzende ambulanten ng, häusliche Krankenpflege, ambulante d Sterbebegleitung in stationären
(Arztstempel) (D	eatum)	(Unterschrift des Vertragsarztes)