

## Ärztliche Verordnung für die vollstationäre Hospizbehandlung

Bitte per FAX an 07071 206710

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

Erstantrag    Folgeantrag

**Die Versorgung in einem stationären Hospiz ist aufgrund folgender Befunde und Diagnosen notwendig: (Befunde bitte beilegen)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zur aktuellen Therapie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erforderliche Hilfsmittel:

\_\_\_\_\_

**Folgende Voraussetzungen für eine Aufnahme im Hospiz sind erfüllt (§ 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V):**

- Es liegt eine progredient verlaufende Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium vor
- Eine Heilung ist bei der Erkrankung ausgeschlossen
- Eine palliativ-medizinische Behandlung ist notwendig und vom Betroffenen erwünscht
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V ist nicht erforderlich
- Eine ambulante Versorgung im häuslichen Bereich oder einer vollstationären Einrichtung reicht nicht aus
- Die Lebenserwartung ist begrenzt auf Tage, Wochen oder wenige Monate

Eine meldepflichtige Erkrankung nach IfSG §§ 6,7,36       liegt nicht vor       liegt vor

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes