



Hospiz Hildegard Jonghaus  
 Nardinistr. 17, 66849 Landstuhl  
 Tel. 06371 /40369 -0,  
 Fax. 06371 / 40369 -29  
[hospiz@kv-kl-land.drk.de](mailto:hospiz@kv-kl-land.drk.de)  
 IK Nr.: 510 700 531

**Deutsches Rotes Kreuz**   
**Sozialdienst gGmbH**

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

Name: .....	Vorname.....
Krankenkasse .....	Versicherungsnummer: .....
PLZ/ Ort: .....	Straße: .....
Geb.-Datum.....	<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> 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:**

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