

**Ärztliche Stellungnahme  
zur Aufnahme eines Patienten  
in ein stationäres Hospiz**

**Bitte zusammen mit  
dem Antrag auf  
Kostenübernahme an die  
Krankenkasse weiterleiten**



**ANGABEN ZU DEM PATIENTEN:**

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

**DIAGNOSE / PROGNOSE:**

(Wichtig ist die detaillierte Begründung der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung anhand der unten genannten Kriterien)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sind ansteckende Krankheiten bekannt?**     ja                       nein

**Wenn ja, welche?**    .....  
.....

(Ggf. bitte weitere ärztliche Unterlagen beifügen)

**VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE HOSPIZAUFNAHME**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
Ihr Mitglied leidet an einer Erkrankung, die

- progredient verläuft und bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- die eine Krankenhausbehandlung im Sinne der § 39 SGB V nicht erfordert,
- für die eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht (Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs),
- für die eine stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim unzureichend ist.

Ort / Datum: .....

Unterschrift / Stempel .....