TAGESHOSPIZ Aschaffenburg gGmbH
Hospizgruppe Aschaffenburg e. V.

Zum Schreibersgraben 8, 63743 Aschaffenburg
Tel. 06021-9279970
info@tageshospiz-aschaffenburg.de

# Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der teilstationären Hospizversorgung

**Name, Vorname des Versicherten:** _____

**Geburtsdatum:** _____

**Kranken- / Pflegekasse:** _____

**Versichertennummer:** _____

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Die Versorgung der/des Versicherten wurde bislang

☐ in einem Krankenhaus ☐ zu Hause ☐ _____ sichergestellt.

**Die teilstationäre Versorgung im Tageshospiz 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-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung notwendig oder vom Versicherten erwünscht ist und

☐ die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,

☐ bei der eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist und

☐ die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativpflegerische und palliativ-medizinische Versorgungsbedarf, der aus dieser Krankheit resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Zugehörigen, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.), sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung regelmäßig übersteigt.

| | | |
|---|---|---|
| *Arztstempel* | *Datum* | *Unterschrift Arzt* |