

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



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,
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,
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 Versorgungsbedarf),
für die eine stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim unzureichend ist.

Ort / Datum:

Unterschrift / Stempel