

**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?

MRSA	<input type="checkbox"/>	Clostridium Difficile	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B oder C	<input type="checkbox"/>
		MRGN	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>

Sonstige.....

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

Ort / Datum: Arztname: