

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

### Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose (Begründung der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O. g. Patient/in leidet an einer Erkrankung,

ja    nein

    die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und

    lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und

    bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und

    die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 38 SGB V nicht erfordert

    für die eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht mehr ausreicht oder nicht durchführbar ist (Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs)

    für die eine stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim unzureichend ist oder nicht gegeben ist.

    Eine teilstationäre Hospizversorgung ist ausreichend.

    Der Patient hat eine ansteckende Krankheit, wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel: \_\_\_\_\_