

Notwendigkeitsbescheinigung Hospizaufnahme

Nachname des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegekasse/Krankenkasse: _____

Stationäre Behandlung seit: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

der/die oben genannte Patient/-in ist aufgrund folgender Diagnosen bei uns in Behandlung:

Der/die oben genannte Patienten/-in ist gemäß den Rahmenvereinbarungen § 39a Satz 4 SGB V vom 13.03.1998 schwerstpflegebedürftig und somit bei allen Verrichtungen rund um die Uhr auf vollständige Hilfe sowie auf eine Schmerztherapie angewiesen.

Eine Heilung ist ausgeschlossen, so dass eine palliativ-medizinische Behandlung aus ärztlicher Sicht dringend erforderlich ist. Mit einer Verbesserung der Situation ist nicht zu rechnen. Eine adäquate Versorgung kann auf einer normalen Pflegestation oder in der ambulanten Versorgung/im eigenen Haushalt nicht erbracht werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift