# Ärztliche Bestätigung der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung

Name, Vorname **des Patienten/ der Patientin** Geburtsdatum

Anschrift

**Diagnose und Prognose** mit **detaillierter Begründung** der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung anhand der unten genannten Kriterien:

| **ICD 10-Schlüssel der Einweisungsdiagnose** | |
|---|---|

## Kriterien für eine Hospizaufnahme

Der Patient leidet an einer Erkrankung,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten zulässt,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist,
- die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erfordert,
- für die eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht,
  (Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs),
- für die eine stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim unzureichend ist.

Ort, Datum Unterschrift des Arztes und Stempel


**Hospiz Kafarnaum, Dr.-Rumpf-Weg 7, 76530 Baden-Baden**

**Tel.: 07221/213325, Fax: 07221/213357, info@klinikum-mittelbaden.de**