**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**