

**Anwendungsbereich: Hospize der St. Elisabeth-Stiftung****Hospiz:****Ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung**

Name, Vorname	
Geb. Datum:	
Adresse:	
Telefon:	
Krankenkasse und KV-Nr.:	

Erstantrag    Folgeantrag

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem Hospiz ist aufgrund folgender Befunde und Diagnosen notwendig: (vorliegende Befunde bitte beilegen)

---



---



---

Derzeitige medikamentöse Therapie:

---



---

Erforderliche Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Toilettenstuhl, Rollator):

---

Eine meldepflichtige Erkrankung nach IfSG §§ 6,7,36 liegt  nicht vor  vor (zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind die Voraussetzungen für eine Hospizaufnahme erfüllt? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Es liegt eine Erkrankung vor, welche progredient verläuft und ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat
- Eine Heilung ist bei der Erkrankung ausgeschlossen
- Eine palliativ-medizinische Behandlung ist notwendig bzw. vom Betroffenen erwünscht
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39a SGB V ist nicht erforderlich
- Die ambulante Versorgung (palliativ-medizinisch und palliativ-pflegerisch) im häuslichen Bereich reicht nicht aus

**Bitte Original mit Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenkasse senden, eine Kopie bitte an das Hospiz zurücksenden**

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes