

## Ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung

St. Elisabeth-Stiftung / Hospiz St. Michael

08.01.2016 / Version: 02

---

**St. Elisabeth-Stiftung: Hospiz St. Michael, Kernenstraße 95, 72202 Nagold, Tel: 07452 9320 70, Fax: 07452 9320 720 E: Mail [hospiz-st-michael@st-elisabeth-stiftung.de](mailto:hospiz-st-michael@st-elisabeth-stiftung.de)**

### Ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherten- 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