



**Anwendungsbereich:** Hospiz Johannes, Bittelschießer Str.21, 72488 Sigmaringen  
Telefon: 07571/ 68973-0 , E-Mail: [Hospiz.Johannes@st-elisabeth-stiftung.de](mailto:Hospiz.Johannes@st-elisabeth-stiftung.de)  
Fax: 07571/ 68973-20

**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