



**Bescheinigung des behandelnden Arztes über die  
Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung**  
Tel.09282/963810 Fax.09282/9638110

---

Name, Vorname des Versicherten      geb. am      Versicherungsnummer      Name der Kranken-/bzw.  
Pflegekasse

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem Hospiz ist auf Grund folgender **Befunde und Diagnosen** notwendig:

---

---

---

(Sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese zur Weiterleitung an den MDK beizulegen.)

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Die Versorgung der/des Versicherten wurde bislang

- in einer stationären Pflegeeinrichtung       zu Hause

sichergestellt. **Sofern der/die Versicherte bisher in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt wurde, bitten wir Sie um Mitteilung, aus welchen wichtigen Gründen diese Versorgung nicht mehr sichergestellt ist.** (Für die Begründung evtl. bitte die Rückseite dieser Bescheinigung verwenden.)

Die stationäre Versorgung in einem Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt, die

- die progredient verläuft und ein bereits fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig und vom Patienten gewünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie reicht nicht aus, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus dieser Erkrankung resultiert, in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörigen/ Ehrenamtlichen) und (familien-) ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (vertragsärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigt.

---

Arztstempel

---

Datum

---

Unterschrift des Vertragsarztes



## Antrag auf Leistungen nach § 39 a SGB V für die stationäre Versorgung in einem Hospiz

\_\_\_\_\_  
Name der Kranken- und Pflegekasse

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

geb. am

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung.  
Die stationäre Hospizversorgung erfolgt im

Hospiz Naila, Neulandstraße 12, 95119 Naila, IK-Nr. 510 943 431  
Tel.: 09282/96381-0 Fax: 09282/96381-10

### Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Die ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt, noch in meiner Familie erbracht werden.
- Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bisher noch nicht festgestellt wurde.
- Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zur Einstufung in eine höhere Pflegestufe.
- Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.
- Die stationäre Versorgung im Hospiz ist auf einen Unfall, eine Berufskrankheit, Tätlichkeit, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden, einen Überfall oder auf eine sonstige Schädigung (z.B. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

**Einwilligungserklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeversicherungsleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Bayern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich o.g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken- und Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Bayern weitergegeben werden.

**Datenschutzhinweis (§67a Abs. 3 SGB X):** Damit die Kranken- und Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Fall aufgrund der §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten, Betreuer/in oder des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Vom Hospiz auszufüllen:

Der/die o.g. Versicherte ist am \_\_\_\_\_ in unserem Hospiz aufgenommen. Sofern sich der Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken- und Pflegekasse mit.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes