IK Nr.: 511 307 592
Schloss Bernstorf gGmbH
Am Schloss 5
23936 Bernstorf
Tel. 03881 755 180
Fax 03881 755 18 620

.....
Name, Vorname

.....
geboren am

Ärztliche Bescheinigung der Hospiznotwendigkeit

Grund des Antrages:

Aufnahme am: ..... Verlängerung ab: .....

Angabe zum Aufenthalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Antrages:

.....

.....

Diagnosen und Krankheitsausprägung:

.....

.....

.....

.....

Liegt eine Hospiznotwendigkeit nach § 39 a SGB V Abs. 1 vor: ☐ Ja ☐ Nein

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang der Möglichkeiten der Versorgung von Laienhelfern in der Häuslichkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung des palliativen und medizinischen Versorgungsbedarf:

.....

.....

.....

.....

....
Ort, Datum Stempel/Unterschrift und Telefonnummer des Arztes