



.....
Name, Vorname

.....
geboren am

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

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