

---

## Notwendigkeitsbescheinigung

zur Vorlage bei der Krankenkasse

### Daten des einweisenden Arztes:

Praxis / Einrichtung	
behandelnder Arzt	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	

### Daten des/ der Patient/in:

Name, Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Krankenkasse	
Versichertennummer	
Geburtsdatum	

Sehr geehrte Damen und Herren,  
der/die o.g. Patient/in ist aufgrund folgender Diagnosen bei uns in Behandlung.


Eine Heilung ist ausgeschlossen, so dass eine palliativ-pflegerische und eine palliativ-medizinische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung aus ärztlicher Sicht dringend erforderlich ist. Mit einer grundlegenden Verbesserung des Krankheitsbildes ist nicht zu rechnen. Eine ausreichende Versorgung kann in einer stationären Pflegeeinrichtung der Regelversorgung oder in einer ambulanten Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden.

Der/ die Patient/in ist auf die Pflege und Begleitung in einem stationären Hospiz angewiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort/Datum:	Unterschrift/Stempel:
------------	-----------------------