

# Notwendigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

## Daten des einweisenden Arztes:

Name und Einrichtung:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.:	

## Daten Patient/in:

Name/Vorname:	
Vers.-Nr.:	
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-medizinische Behandlung und eine Schmerztherapie aus ärztlicher Sicht dringend erforderlich sind. Mit einer Verbesserung der Situation ist nicht zu rechnen. Eine adäquate Versorgung kann auf einer normalen Pflegestation oder in einer ambulanten häuslichen Versorgung nicht erbracht werden.

Der/die Patient/in ist bis zu seinem Tod auf die Pflege und Begeleitung in einem stationären Hospiz angewiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort/Datum:	Unterschrift/Stempel: