

QM Formular Rev. 1 Seite 1 von 1	Tageshospiz Adiuvariantes Bogenbergstrasse 4, 84144 Geisenhausen Tel.: 08743 - 9698845 Fax: 08743 - 9698847 E-Mail: info@tageshospiz-adiuvantes.de	 TAGESHOSPIZ ADIUVANTES
	Ärztliche Bescheinigung §39a SGB V	

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der Hospizversorgung im Tageshospiz

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem Tageshospiz ist aufgrund folgender Befunde und Diagnosen notwendig

(Sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen bitten wir Sie diese beizulegen.)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Versorgung in einem Tageshospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- ☐ die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- ☐ lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
- ☐ bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- ☐ die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 38 SGB V nicht erfordert

Ort, Datum: _____

Arztstempel: _____

Unterschrift des Vertragsarztes: _____

Erstellt von Moritz Fiedler	Geprüft von Nicole Trentzsch	Freigegeben von Dr. U. Vehling- Kaiser, Prof. Dr.med. F. Kaiser
Am 16.07.2026	Am 16.07.2026	Am 16.07.2026