

Gothaer Krankenversicherung AG
50598 Köln

KE 3162

Fax: 0221 308-24444

 Versicherungsnummer

 Datum

Ärztliche Stellungnahme zur Palliativ-Versorgung

 Name / Vorname des Patienten / der Patientin

 Geburtsdatum

 Wohnort

 Versicherungsnummer

1. Begründende Diagnose/Stadium der Erkrankung:

- Der/die Patientin leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass durch diese die Lebenserwartung deutlich, auf Tage, Wochen oder wenige Monate begrenzt ist.

2. Palliativer Versorgungsbedarf besteht für ein komplexes Symptombeschehen aufgrund ausgeprägter

- Schmerzsymptomatik
 neurologischer/psychiatrischer/psychischer Symptomatik
 respiratorischer/kardialer Symptomatik
 gastrointestinaler Symptomatik
 ulzerierender/exulzierender Wunden oder Tumore
 urogenitaler Symptomatik
- Zur Versorgung des Patienten/der Patientin sind spezielle palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept nötig.

3. Die weitere Versorgung ist vorgesehen als

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch
 stationäre Hospizversorgung in

 Name/Adresse des ambulanten oder stationären Hospizdienstes

 Ort, Datum

 Unterschrift des Arztes

 Krankenhaus / Arztstempel

 Ansprechpartner / Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen