

**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 Symptomgeschehen aufgrund ausgeprägter

- Schmerzsymptomatik
- neurologischer/psychiatrischer/psychischer Symptomatik
- respiratorischer/kardialer Symptomatik
- gastrointestinaler Symptomatik
- ulzerierender/exulzerierender 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