

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich Hospiz:

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse, Versicherten-Nr.:	
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des ICD 10 Code :	
Begleiterkrankungen	

- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder wenige Monate).
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar.
- Bisher durchgeführte Therapie. _____

- Eine palliative Therapie ist erforderlich, Begründung: _____

- Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.
- Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr = durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.

- Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben? Falls bisher dies erfolgte, warum ist dies jetzt nicht weiter möglich?

- Psychosoziale Betreuung notwendig.
- Sonstiges: Wunden, Verbände, etc. _____
- Zugänge, z.B. Port, etc. _____
- Infektionen, z.B. MRSA etc. _____
- Bemerkungen: _____
- _____

Ort / Datum

Unterschrift Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax

Wichtige Informationen für das Hospiz

Nächste Angehörige:	
Erreichbar:	
Bemerkungen/Wünsche:	