



Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich Hospiz:

- Vorsorgliche Anmeldung
 Dringende Anmeldung

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.

Eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend und/oder nicht durchführbar.

Bisher durchgeführte Therapie.

Geplante Therapie _____

Eine palliative Therapie ist erforderlich, Begründung:

Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.

Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr z. B. durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.

Psychosoziale Betreuung notwendig.

Sonstiges: Wunden, Verbände, etc.

Zugänge, z. B. Port, etc. _____

Infektionen, z. B. MRSA
etc. _____

Bei einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung bitte eine entsprechende Begründung, warum eine weitere Versorgung hier nicht möglich ist.

Sonstige Bemerkungen: _____

Ort / Datum

Unterschrift Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax

Wichtige Informationen für das Hospiz

Nächster Angehöriger	
Erreichbar	Festnetz
	Mobil
Bemerkungen/Wünsche	