

**Ärztliche Bescheinigung für die teilstationäre Hospizaufnahme  
nach § 39 a SGB V**

An Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Per Fax: \_\_\_\_\_

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Nachrichtlich Hospiz:

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

- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Wochen bis Monate).
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine teilstationäre Hospizversorgung ist notwendig Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Bisher durchgeführte Therapie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Eine palliative Therapie ist erforderlich Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr= Durchbrechender Tumor, Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens,etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_