

## Ärztliche Bescheinigung für die 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 (Tagen, Wochen oder wenigen Monaten).
- 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. und Fax