

Ärztliche Bescheinigung für die stationäre Hospizaufnahme nach § 39 a 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	

- Dringende Anmeldung Vorsorgliche Anmeldung
- 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
- Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend und/oder nicht durchführbar:

- Bisher durchgeführte Therapie:

Geplante Therapie:

Eine palliative Therapie ist erforderlich:

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:

Bemerkungen:

Ort / Datum

Unterschrift behandelnder Arzt/Tel/Fax und Stempel