

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

An Krankenkasse: _____ Per Fax: _____

Nachrichtlich teilstationäres Hospiz: Tageshospiz LEBENSZEIT, Charlotte-Bamberg-Str. 14, 35578 Wetzlar

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 (Wochen bis Monate).
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine teilstationäre Hospizversorgung ist notwendig Begründung:

- Bisher durchgeführte Therapie _____

- Geplante Therapie _____

- Eine palliative Therapie ist erforderlich. Begründung: _____

Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr, z.B. durchbrechender Tumor, Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, Symptomkontrolle etc.: _____

Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Betreuung bedürfen

Psychosoziale Betreuung notwendig

Sonstiges: Wunden, Verbände etc. _____

Zugänge, z.B. Port etc. _____

Infektionen, z.B. MRSA etc. _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Wichtige Informationen für das Hospiz:

Nächster Angehöriger:

Erreichbar:

Bemerkungen/Wünsche:

Ort / Datum

Unterschrift behandelnder Arzt / Tel. und FAX
Stempel Klinik / Station / Praxis