



Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme

nach § 39a 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		

- 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. _____

- 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.





-
- Psychosoziale Betreuung notwendig.
 - Sonstiges: Wunden, Verbände, etc. _____
 - Zugänge, z.B. Port, etc. _____
 - Infektionen, z.B. MRSA etc. _____
 - Bei einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung = entsprechende Begründung, warum eine weitere Versorgung hier nicht möglich ist.

-
- Sonstige Bemerkungen: _____
-
-

Ort/Datum

Unterschrift behandelnder Arzt/Tel. u. Fax

