

# 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 <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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Geplante 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. u. Fax

## Wichtige Informationen fürs Hospiz

Nächste Angehörige:	
Erreichbar:	
Bemerkungen/Wünsche:	