



Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39 a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich Hospiz: _____

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Geburtsdatum: _____

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, 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.
- 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 stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung gemäß § 43 SGB XI ist unzureichend und/oder nicht durchführbar.
Begründung: _____

- Psychosoziale Betreuung notwendig
- Sonstiges: Wunden, Verbände...
- Zugänge: Port, etc.
- Infektionen, z.B. MRSA, etc. _____
- Sonstige Bemerkungen: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift behandelnder Arzt/ Tel. und Fax _____