



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