

Lichtenplattenweg 83 | 63071 Offenbach/Main

Ärztliche Bescheinigung für die Ho nach § 39 a SGB V

| ospizaufnahme | Telefon: 069-85 09 869-0 Fax: 069-85 09 0810 Email: info@hospiz-fanny-de-la-roche.de www.hospiz-fanny-de-la-roche.de |
|---------------|--|
| | IK-Nr: 512 640 816 |
| | |
| | |

| An Kr | rankenkasse: | INTRI. 312 040 010 | |
|------------------|--|--|--|
| Per F | ax: | | |
| Nach | richtlich Hospiz: | | |
| Anga | ben zum Patienten/zur Patientin | | |
| Name | e, Vorname: | | |
| Straß | e, Hausnummer: | | |
| Gebu | rtsdatum: | | |
| PLZ, | Ort: | | |
| Krank | kenkasse, Versicherten-Nr.: | | |
| | | | |
| Diagr | nose mit Erstdiagnose | / | |
| und S | Stadium | | |
| plus A | | / | |
| Begle | | | |
| 0 0 0 | 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: | | |
| 0 | Eine palliative Therapie ist erforderlie | ch. Begründung: | |
| 0 0 | 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: | | |
| 0 0 0 0 | Psychosoziale Betreuung notwendig Sonstiges: Wunden, Verbände Zugänge: Port, etc. Infektionen, z.B. MRSA, etc. | | |
| 0 | | | |
| | Ort, Datum | Unterschrift behandelnder Arzt/ Tel. und Fax | |

Träger der Einrichtung: Ketteler Krankenhaus gemeinnützige GmbH Lichtenplattenweg 85, 63071 Offenbach Amtsgericht Offenbach HRB 47191 Sitz der Gesellschaft: Offenbach Geschäftsführung: Angelika Heckenthaler, Dietmar Eine, Lina Bartruff USt-IdNr.: DE 291 674 934

Steuernummer: 44 250 5702 6

Bankverbindung:

National-Bank AG Essen IBAN: DE48 3602 0030 0000 1965 72 BIC: NBAGDE3EXXX