Hospiz
Fanny de la Roche

Lichtenplattenweg 83 | 63071 Offenbach/Main
Telefon: 069- 85 09 869-0
Fax: 069- 85 09 869 10
Email: info@hospiz-fanny-de-la-roche.de
www.hospiz-fanny-de-la-roche.de

IK-Nr: 512 640 816

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 _____/_____

O Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
O Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen, wenige Monate).
O Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
O Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar.
O Bisher durchgeführte Therapie: _____

_____

O Eine palliative Therapie ist erforderlich. Begründung:

_____

_____

O Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.
O Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr = durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.
O Eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung gemäß § 43 SGB XI ist unzureichend und/oder nicht durchführbar.
Begründung: _____

_____

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift behandelnder Arzt/ Tel. und Fax