



## 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