

# Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme

nach § 39a SGB V



An Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Per Fax: \_\_\_\_\_

Nachrichtlich Hospiz: Elisabeth Hospiz Rotenburg  
Enge Gasse 16  
36199 Rotenburg  
Tel.: 06623 9126020 Fax: 06623 9126040

- Vorsorgliche Anmeldung  
 Dringende Anmeldung

### Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse, Vers.-nr.:	
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik)	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des <b>ICD 10 Code</b> :	
Begleiterkrankungen	

- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.  
 Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder 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.
- Eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend und/oder nicht durchführbar.

---

---

Bisher durchgeführte Therapie.

geplante Therapie:

Eine palliative Therapie ist erforderlich, Begründung:

Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen:

Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr z. B. durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.

Psychosoziale Betreuung notwendig:

Sonstiges: Wunden, Verbände, etc.

Zugänge, z. B. Port, etc.

Infektionen, z. B. MRSA etc.

Bei einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung bitte eine entsprechende Begründung, warum eine weitere Versorgung hier nicht möglich ist.

Sonstige Bemerkungen:

Ort / Datum

Unterschrift Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax, **Stempel**