

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 ICD 10 Code :		
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**