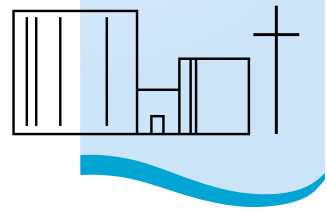


Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme

nach § 39a SGB V

Elisabeth
Hospiz
Rotenburg a. d. Fulda



An Krankenkasse

Per Fax

**Nachrichtlich
Hospiz**

Elisabeth Hospiz Rotenburg
Enge Gasse 16
36199 Rotenburg

Tel. 06623 912 60-20

Fax 06623 912 60-40

☐ **Vorsorgliche Anmeldung**

☐ **Dringende Anmeldung**

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

PLZ + Ort

Krankenkasse + Versicherungsnummer

Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik)

Diagnose mit
Erstdiagnose und
Stadium

Angabe des
ICD 10 Code

Begleiterkrankungen

- ☐ Der/Die genannte Patient/in 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, Drainagen, DK, Stawa 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 Behandelnde/r Arzt / Ärztin
Tel. / Fax / Stempel