

varisano Hospiz Lebensbrücke
Dalbergstraße 2a, 65439 Flörsheim

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich Hospiz: _____

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer		
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 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.

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

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 = durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.

Psychosoziale Betreuung notwendig.

Sonstiges: Wunden, Verbände, etc. _____

Zugänge, z.B. Port, etc. _____

Infektionen, z.B. MRSA etc. _____

Bemerkungen: _____

Ort / Datum

Unterschrift Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax

Wichtige Informationen fürs Hospiz

Nächste Angehörige	_____

Erreichbar	_____

Bemerkungen/Wünsche	_____
