

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	_____
