



Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme

nach § 39a SGB V

An Krankenkasse:

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 (Tagen, Wochen oder wenigen Monaten).
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr 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= Durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc. _____



**Caritas Palliativzentrum St. Ferrutius
Caritasverband Wiesbaden-
Rheingau-Taunus e.V.**

Aarstr. 46, 65232 Taunusstein-Bleidenstadt
Tel.: 06128-74869-0 • Fax: 06128-74869-25
Sozialdienst.hospiz@caritas-wirt.de

- Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben? Falls bisher dies erfolgte, warum ist dies jetzt nicht weiter möglich?

- 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:	