



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.:	
Hausarzt:	
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik):	
Palliativfall begründende Diagnose mit Datum Erstdiagnose, Stadium, ggf. Metastasierungsmuster (plus Angabe des ICD 10 Code)	
Relevante Begleiterkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, psychiatrische Komorbidität etc.)	

- ☐ Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
- ☐ Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder wenige Monate).
- ☐ Psychosoziale Betreuung notwendig
- ☐ Wundversorgung, Verbände notwendig: _____
- ☐ Zugänge (z.B. Port, PEG, Tracheostoma etc.): _____
- ☐ Infektionen, z.B. MRSA etc.: _____
- ☐ Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.



- ☐ Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar
- ☐ 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?

- ☐ Zusätzlich zur Hospizaufnahme ist eine **SAPV-Betreuung** notwendig.

Der komplexe SAPV Versorgungsbedarf besteht dabei besonders in:

- in einer instabilen Schmerzsituation mit fortwährendem Anpassungsbedarf
- der evtl. nötigen Umstellung des Applikationswegs (z.B. Schlucken schwierig)
- einer bisher nicht/schwer beherrschbaren Intensität von Symptomen (z.B. Luftnot, Übelkeit, Unruhe etc.): _____
- einer absehbaren akuten Notfallsituation (z.B. Blutung, Krampfanfall, Erstickung etc.): _____

- Sonstigem: _____
- _____

Ort / Datum

Stempel/ Unterschrift, Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax

Wichtige Informationen fürs Hospiz

Nächste Angehörige:	
Erreichbar:	
Bemerkungen/Wünsche:	