

## Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

An Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Per Fax: \_\_\_\_\_

Nachrichtlich Hospiz: Hospiz Louise de Marillac  
Nussallee30  
63450 Hanau

Tel.: 06181 507050 Fax: 06181 50705121

- Vorsorgliche Anmeldung**
- Dringende Anmeldung**

### 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 <b>ICD 10 Code</b> :		
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.

---

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, 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 Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax

## Wichtige Informationen für das Hospiz

Nächster Angehöriger	
Erreichbar	Festnetz
	Mobil
Bemerkungen/Wünsche	