

**6.1 Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme
Nach § 39a SGB**



Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Kostenträger, Versicherungsnummer:

Faxnummer Kostenträger:

Vorsorgliche Anmeldung

Dringende Anmeldung

Der genannte Patient ist unheilbar krank, es liegt eine Lebenslimitierung vor, Prognose infaust.

Die Lebenserwartung ist auf Tage, Wochen oder wenige Monate eingeschränkt.

Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich oder nicht gewünscht.

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.

Begründung:

Erstellt von: K. Brübach	Erstellt am. 15.10.2024	Geändert:	Version 1
-----------------------------	----------------------------	-----------	-----------



Weitere Angaben zum Patienten/in: Diagnose (möglichst mit ED und Stadium)	
Derzeitige Behandlung	
Hausarzt	
Aufenthaltsort des /der Patient/in	
Pflegegrad	
Vorhandene Zugänge	<input type="checkbox"/> Blasenverweilkatheter <input type="checkbox"/> PORT <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> PEG Ernährungssonde <input type="checkbox"/> PEG Ablaufsonde <input type="checkbox"/> Aszitesdrainage <input type="checkbox"/> Pleuradrainage <input type="checkbox"/> Defibrillator

Erstellt von: K. Brübach	Erstellt am. 15.10.2024	Geändert:	Version 1
--------------------------	-------------------------	-----------	-----------



Bisher durchgeführte Therapie	
Geplante Therapie	

**Erforderlichkeit einer palliativen Therapie/
Begründung:**

<input type="checkbox"/> Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen	
<input type="checkbox"/> Es bestehen weitere Aufnahmegründe (z.B. Gefahr durchbrechender Tumor, Gefahr von fulminanten Blutungen, Symptomkontrolle etc.)	
<input type="checkbox"/> Es besteht eine hohe Symptomlast	
<input type="checkbox"/> Es gibt ein komplexes Wundgeschehen	
<input type="checkbox"/> Es gibt sonstige Gründe	

Erstellt von: K. Brübach	Erstellt am. 15.10.2024	Geändert:	Version 1
--------------------------	-------------------------	-----------	-----------



Hospiz
Meißnerblick

Auskunftsberechtigte Zugehörige	
Vorausverfügung	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung
Behandelnde Ärztin behandelnder Arzt	
Telefonnummer des Arztes	

Datum

Arztstempel

Unterschrift Arzt/Ärztin

Erstellt von: K. Brübach	Erstellt am. 15.10.2024	Geändert:	Version 1
-----------------------------	----------------------------	-----------	-----------



Hospiz
Meißnerblick

Erstellt von: K.
Brübach

Erstellt am.
15.10.2024

Geändert:

Version 1