

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ELISABETHEN-HOSPIZ, Darmstadt

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

Angaben zum Patienten / zur Patientin

| | |
|-------------------|-------|
| Name, Vorname: | _____ |
| Geburtsdatum: | _____ |
| Straße, Hausnr.: | _____ |
| PLZ, Ort: | _____ |
| Krankenkasse: | _____ |
| Versicherungsnr.: | _____ |

Der Patient / die Patientin leidet an einer Erkrankung,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist,
- die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erfordert,
- für die eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht oder nicht durchführbar ist,
- für die eine stationäre Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung unzureichend oder nicht gegeben ist.

Diagnose:

(Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs)

| |
|--|
| |
| |
| |

Behandlungspflege:

ZVK , Port , Drainagen , BDK , AP , Infusionstherapie

umfangreiche Wundversorgung und -verbände

Tracheostoma , Tracheale Absaugung , O₂-Gabe

intensivierte Schmerz- & Symptomkontrolle

eskalierte familiäre Konfliktsituation

Komplexer psychosozialer Hilfebedarf

Sonstiges:

| |
|--|
| |
|--|

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Arztstempel)