



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	