



Mustervorlage

Bitte achten Sie beim Ausfüllen des PDFs darauf,
dass die **Lesbarkeit** gewährleistet ist!

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme
nach § 39a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich Hospiz:

- Vorsorgliche Anmeldung entweder **ankreuzen**
 Dringende Anmeldung oder

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Name, Vorname:	Mustermann, Erna		
Geburtsdatum:	25.03.1950		
Straße, Hausnummer:	Mustermannstr. 20		
PLZ, Ort:	60889 Musterstadt		
Krankenkasse, Versicherten- Nr.:	AOK Hessen V09876543		
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik):	genaue Bezeichnung		
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des ICD 10 Code:	C34.1 Bösartige Neubildung Oberlappen		
	C79.3 Sek. Bösartige Neub. Gehirn		
	R06.0 Dyspnoe		
	Begleiterkrankungen	Herzinsuffizienz	
		Niereninsuffizienz	

- 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.

<-- muss alles angekreuzt sein

<-- muss alles angekreuzt sein

Eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend

Begründung und/oder nicht durchführbar.

Akutes, zeitnahes medikamentöses Krisenmanagement bei Erstickungsangst

Bisher durchgeführte Therapie.
z.B. 3/2021 ED Bronchial-CA mit cerebraler Metastasierung

**bisherigen
Prozess
beschreiben**

Operative Resektion cerebral. Metastasen, Ganzhirnbestrahlung, Chemotherapie
12/21-2/22 progressive Disease mit palliativer Bestrahlung
oder: 11/20 explorative Laparatomie, primär inoperabel
von/bis mehrfach Chemotherapie mit ./Erhaltungstherapie mit ./Progress

Geplante Therapie palliative Symptomkontrolle von Dyspnoe, Angst, Unruhe:
Fentanylpflaster 50µg alle 72h, Dexamethason 4mg Tbl. 1-1-0,
Atosiltropfen 5-5-10, Tavor exp. 0,5mg - 0 - 1mg

Eine palliative Therapie ist erforderlich, Begründung:
hohe Symptomlast (u.a. Dyspnoe, Angst- und Unruhezustände, delirante Phasen
erfordern 24h palliativmed. und palliativpflegerische Betreuung,
Überlastung der Angehörigen, Vermeidung von KH-Aufnahmen (Drehtüreffekt)

Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.

Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr z. B. durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.

z.B. Tracheostoma: regelmäßiges Absaugen; z. B. exulcerierender Tumor: Blutung;

Psychosoziale Betreuung notwendig.

Sonstiges: Wunden, Verbände, etc.

z.B. aufwendiger Verbandswechsel bei durchbrechendem Tumor,
falls Sauerstoffkonzentrator notwendig, bitte angeben

Zugänge, z. B. Port, etc. Port

Infektionen, z. B. MRSA
etc. im Bedarfsfall

Bei einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung bitte eine entsprechende Begründung, warum eine weitere Versorgung hier nicht möglich ist.

**Einzelfall-
prüfung
daher
genaue
Begründung**

z. B. hohe Symptomlast bzgl. Erstickungsangst, Dyspnoe;
beginnende Schluckstörungen; Weglauftendenz -> erfordert zeitnahe Krisen-
intervention

Sonstige Bemerkungen: z.B. allein lebend; Partner selbst pflegebedürftig/krank
Angehörige nicht vor Ort

Umsetzung der Patientenverfügung (Ablehnung weiterer Behandlung)

Ort / Datum

Unterschrift Behandelnder Arzt/ Tel. u. Fax

lesbar plus
Stempel Klinik | Station | Praxis

Wichtige Informationen für das Hospiz

Nächster Angehöriger	z. B. Ehemann Franz Mustermann
Erreichbar	Festnetz
	Mobil
Bemerkungen/Wünsche	ggf. Hinweis auf Vollmacht und Patientenverfügung
	Pflegegrad (falls vorhanden)