



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: Begleiterkrankungen	C34.1 Bösartige Neubildung Oberlappen	
	C79.3 Sek. Bösartige Neub. Gehirn	
	R06.0 Dyspnoe	
	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 in Pflege

Bisher durchgeführte Therapie.

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

**bisherigen
Prozess
beschreiben**

Operative Resektion cerebraler Metastasen, Ganzhirnbestrahlung, Chemotherapie

12/21-2/22 progressive Disease mit palliativer Bestrahlung

oder: 11/20 explorative Laparotomie, 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

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)