



HOSPIZ
DER GEZEITEN

Hospiz der Gezeiten gGmbH
Am Plattenwald 5/111
74177 Bad Friedrichshall
Telefon 07136 – 96 681 55
Fax 07136 – 96 681 57

Tel. Angehörige.....

**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit
vollstationärer Hospizversorgung nach § 39 a Abs. 1 SGB V**

Erstantrag Folgeantrag ab.....

Name, VornameGeburtsdatum.....

Anschrift.....

Krankenkasse/Versichertennummer.....

Pflegegrad Antrag gestellt ja nein ist bereits erteilt ja nein
Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Hauptdiagnose.....

Nebendiagnosen.....

Begleitsymptome gastrointestinale urologische respiratorische
 neuropsychiatrische dermatologische
 sonstige MRSA / VRE/ Noro-Virus o.ä.
 Tbc

Spezielle Wundversorgung.....

Aktuelle Schmerzmittel-Therapie

oral TD-Pflaster Injektionen Perfusor PCA Port / ZVK

Ernährung normal PEG Nasensonde Port

Bewusstseinslage klar somnolent benommen komatös

Hospizaufnahme ist erforderlich, weil

- die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist
- kurative Therapie nicht möglich ist
- palliativ-medizinische Behandlung notwendig bzw. erwünscht ist
- Finalpflege nötig ist
- Krankenhausbehandlung im Sinne § 39 SGB IV nicht erforderlich ist
- ambulante Versorgung wegen palliativ-medizinischem und palliativ-pflegerischem Versorgungsbedarf nicht ausreicht

Gewünschtes Aufnahmedatum:.....

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes