

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, Vorname .....Geburtsdatum.....

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.

**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