Hospiz der Gezeiten e.V.



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 SBG 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