



Stationäres Hospiz
Schwäbisch Hall

Stationäres Hospiz Schwäbisch Hall gGmbH
Gerhart-Hauptmann-Straße 42
74523 Schwäbisch Hall
Telefon: 0151-46308976
Festnetz: 0791-943085-0 / -21
Fax: 0791-943085-25
E-Mail: info@hospiz-sha.de

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

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Krankenkasse/ Versichertennummer	
Pflegegradeinstufung	<input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad liegt vor: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad liegt nicht vor. <input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad wurde beantragt am:
Angehörige/ Kontakt Daten, Tel.	

Die Hospizaufnahme ist erforderlich, weil (bitte Zutreffende(s) ankreuzen):

- die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist
- von einer Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten auszugehen ist
- palliativ-medizinische Behandlung notwendig bzw. erwünscht ist
- es einer Krankenhausbehandlung im Sinne § 39 SGB V nicht mehr bedarf
- eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung im Haushalt nicht (mehr) erbracht werden kann.

Hauptdiagnose(n)	
Nebendiagnose(n)	
Infektionen, z.B. MRSA, MSSA etc.	
Zugänge, z.B. Port, ZVK etc.	<input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> _____
Spezielle Wundversorgung	
Sauerstofftherapie	_____ l pro Minute <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> stundenweise <input type="checkbox"/> _____ Std. täglich
Bewusstseinslage	<input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> Somnolenz <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> Wachkoma <input type="checkbox"/> Hypervigilität
Sonstige Besonderheiten	

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes