

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

Erstbescheinigung     Folgebescheinigung

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Krankenkasse / Versichertennummer	
Pflegegradeinstufung	<input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad liegt vor, und zwar ..... <input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad liegt nicht vor, ist aber beantragt. <input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein.
Angehörige / Kontaktdaten	

**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 IV nicht mehr bedarf
- eine bedarfsgerechte ambulante Palliativversorgung im Haushalt nicht (mehr) erbracht werden kann.

Hauptdiagnose	
Nebendiagnosen	
Infektionen, z.B. MRSA etc.	
Zugänge, z. B Port, ZVK etc.	
Spezielle Wundversorgung	
Aktuelle Schmerzmittel-Therapie	
Sauerstofftherapie	
Bewusstseinslage	
Eine Versorgung in einem Pflegeheim (nach § 43 SGB XI) ist nicht ausreichend, weil.....	

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes