



HOSPIZGEMEINSCHAFT ARCHE NOAH Hochtaunus
zur Begleitung Sterbender und Lebensbeistand e.V.

Hospiz Arche Noah
Brunhildestr. 14
61389 Schmitten-Niederreifenberg
Telefon: 06082 / 9248 0
Telefax: 06082 / 9248 48
E-Mail: leitung@hospizgemeinschaft-arche-noah.de
Internet: www.hospizgemeinschaft-arche-noah.de

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme
nach § 39a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich Hospiz: _____

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse, Versicherten-Nr.:	
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des ICD 10 Code : Begleiterkrankungen	



-
- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tagen, Wochen oder wenigen Monaten).
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar
- Bisher durchgeführte Therapie _____

- Geplante Therapie _____

- Eine palliative Therapie ist erforderlich Begründung: _____

- Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.
- Es gibt weitere Aufnahme Gründe, wie Gefahr= Durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc.
- Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben? Falls bisher dies erfolgte, warum ist dies jetzt nicht weiter möglich?

- Psychosoziale Betreuung notwendig
- Sonstiges: Wunden, Verbände, etc. _____
- Zugänge, z.B. Port, etc. _____
- Infektionen, z.B. MRSA etc. _____
- Bemerkungen: _____

Wichtige Informationen fürs Hospiz

Nächste Angehörige: _____

Erreichbar: _____

Bemerkungen/Wünsche: _____

Ort / Datum

Unterschrift Behandelnder Arzt / Tel. u. Fax