



**Antrag auf vollstationäre Hospizleistungen**  
nach § 39a SGB und § 43 SGB XI

**Daten des Versicherungsnehmers:**

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

**zur Zeit Behandlung im/bei:**

Aufnahmedatum:

Station, Fachabteilung, Telefon:

**Individuelle Situation, die eine Hospizpflege erforderlich machen**

- Eine kontinuierliche Krankenbeobachtung (auch nachts) ist notwendig.
- Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.
- Der Bewohner ist auf Grund seines Alters/seiner Erkrankung nicht im Pflegeheim unterzubringen.
- Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie Gefahr durchbrechender Tumor, regelmäßiges Absaugen etc.
- Sonstiges (bitte vermerken):

**ausführliche Diagnose mit Stadienangabe und ICD-10 Verschlüsselung:**

Oben genannter Patient ist unheilbar erkrankt.  
Eine weitere Krankenbehandlung ist in absehbarer Zeit nicht mehr notwendig.  
Eine ambulante Versorgung (auch durch Einsatz von Pflegediensten) kann nicht gewährleistet werden.  
Eine vollstationäre Heimunterbringung ist aus oben genannten Gründen nicht möglich.  
Eine palliative Therapie ist erforderlich.

**Medikamente (WHO-Schmerzschema) und Verordnungen im Rahmen der palliativen Therapie:**

**Infektiöse Krankheiten:**

Datum, Ort

Herbert Gerlowski (Vorsitzender)  
Herzog-Adolph-Str. 3, 61462 Königstein

Nassauische Sparkasse Königstein  
BLZ 510 500 15  
Konto 270 052 053

Unterschrift und Stempel Arzt/Ärztin

IK 510 646 351  
Vereinsregister Nr. 10 11,  
Amtsgericht Königstein