

## Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a SGB V

 **Erstbescheinigung** **Folgebescheinigung**

### Personalien des Hospizgastes

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort, Straße /Nr.: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Hausärztin: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr: \_\_\_\_\_

### Diagnosen des Hospizgastes

---

---

---

---

---

---

### **Nachfolgende Kriterien treffen auf den Hospizgast zu (bitte ankreuzen):**

- Der Hospizgast leidet an einer progredient verlaufenden Erkrankung, welche ein bereits weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht bedarf.
- Eine Heilung der Erkrankung ist ausgeschlossen.
- Die begrenzte Lebenserwartung beträgt voraussichtlich nur noch mehrere Wochen oder wenige Monate.
- Eine palliativmedizinische Behandlung ist notwendig und vom Hospizgast erwünscht.
- Eine ambulante palliative Versorgung ist aufgrund von Art und Umfang des Versorgungsbedarfs nicht mehr ausreichend oder nicht (mehr) durchführbar.
- Eine stationäre Versorgung in einer Altenpflegeeinrichtung ist unzureichend.

**Symptome**

- Übelkeit     Erbrechen     respiratorische Symptome     depressive  
Verstimmung     Schlafstörungen     Blutungen     neurologische Störungen  
 psychische Störungen     Schluckstörungen     Verwirrtheit     Demenz  
 motorische Unruhe     Durchfall     Verstopfung     Ödeme     Aszites

**Palliativ-pflegerischer und palliativ-medizinischer Bedarf besteht in Bezug auf:**

- psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung     Versorgung von Kathetern und  
Drainagen     Überwachung von Schmerztherapie (WHO-Schema)     Versorgung von  
(Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata     s.c.- oder i.v. Flüssigkeitssubstitution  
 Krisenintervention / Symptomkontrolle     s.c.- oder i.v. Infusionen mit Medikamenten  
 Versorgung von Port-bzw. Pumpensystemen     Wundversorgung (Dekubitus,  
exulcerierende Tumore, Fisteln)     Enterale Ernährung (PEG)     Parentale Ernährung

**Es liegen Hinweise auf eine Infektionskrankheit vor**     ja     nein

**Bemerkungen des Arztes**

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt / Ärztin

**Unsere Kontaktdaten:**

Telefon: 06735 2069 60

Fax: 06735 20696 19

Mail: [info@rheinhausen-hospiz.drk-rlp.de](mailto:info@rheinhausen-hospiz.drk-rlp.de)