

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

Stationäres Hospiz
 Tel.: 07191/92797-40
 Fax: 07191-92797-49

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

Diagnose(n)		
<u>Bitte Zutreffendes ankreuzen</u>	Ja	Nein
Erkrankung im Finalstadium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrenzte Lebenserwartung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine palliative Behandlung im Sinne der Symptomkontrolle erforderlich oder von der/ dem Patient/in erwünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine vollstationäre Hospizversorgung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Tbc-Erkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen andere Infektionskrankheiten vor? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufnahmedatum im Hospiz: _____

Behandelnder Vertragsarzt/ -ärztin:

Stempel:

Name	
Anschrift	

Datum _____

Unterschrift _____
 Vertragsarzt/ -ärztin