

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

<b>Name/Vorname</b>	
<b>Geb.-Datum</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ/Ort</b>	
<b>KV- Nr.</b>	
<b>Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium</b>	
<b>Begleiterkrankungen</b>	

**Die Versorgung im teilstationären Hospiz ist notwendig, weil:**

- Der/die oben genannte Patient\*in ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.
- von einer begrenzten Lebenszeit auszugehen ist (Wochen /Monate).
- Die Versorgung im Haushalt nicht ausreicht, da der palliative Versorgungsbedarf die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt/überfordert.
- Bisher durchgeführte Therapie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Eine palliative Therapie ist erforderlich, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor:  
Wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_
- Psychosoziale Betreuung notwendig: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: Wunden/ Verbände: \_\_\_\_\_
- Zugänge: Port etc. \_\_\_\_\_
- Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort/ Datum  
Stempel

Unterschrift der Ärztin/des Arztes