



Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Hospizaufnahme nach §39a SGB V

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

☐ Erstantrag

☐ Folgeantrag (Aufnahme am _____)

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Krankenkasse, Versicherten-Nr.	
Diagnose mit Erstdiagnose und ICD 10 Code, Metastasen	
Bisherige Therapien:	
Ansprechpartner: Angehörige, Betreuer/-in (Name & Telefonnummer)	

☐ Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust

☐ Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder wenige Monate)

☐ Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V ist nicht erforderlich

☐ Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar

☐ Patientenverfügung ist vorhanden



Erforderliche palliative Therapie

1. Symptomkontrolle:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| ☐ Schmerzen | ☐ Erbrechen | ☐ Übelkeit | ☐ Aszites |
| ☐ Durchfälle | ☐ Obstipation | ☐ Darmverschluss | ☐ Inappetenz |
| ☐ Atemnot | ☐ Depression | ☐ Ängste | ☐ Neurol. Symptome |
| ☐ Haut | ☐ Schlafstörungen | ☐ Schwäche | ☐ Urol. Symptome |
| ☐ Sonstige | <hr/> | | |

2. Medikamentengabe:

- ☐ oral ☐ i.v. ☐ i.m. ☐ s.c. ☐ Infusion ☐ Vernebelung ☐ Inhalation
- ☐ Sonstige:

- Welche:

3. Besonderheiten:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Port | ☐ PEG/Magensonde | ☐ Sauerstoffgabe | ☐ BZ/RR-Kontrolle |
| ☐ Tracheostoma | ☐ Urostoma | ☐ Cystofix | ☐ Drainagen |
| ☐ Wundbehandlung | ☐ Absaugung | ☐ Sonstige: | |
-

4. Psychosoziale Betreuung:

Familiäre Situation/soziales Umfeld:

Erforderliche psychosoziale Begleitung:

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel