



Zurück an das Heinrich-Pera-Hospiz  
Tel: 0345 / 29 27 95 – 18  
**Fax: 0345/ 29 27 95 – 25**

## Bescheinigung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit einer stationären Hospizpflege & 39a SGB V

Name, Vorname

geb. am

Krankenkasse / Vers.-Nummer

---

Adresse

---

Name und Telefonnummer -  
Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer

---

### 1. Hospizpflege ist notwendig, weil:

- die Erkrankung verläuft progredient im weit fortgeschrittenen Stadium
- Heilung ist ausgeschlossen, palliativ medizinische Versorgung ist notwendig oder vom Patienten gewünscht
- eine begrenzte Lebenszeit von Wochen oder wenigen Monaten ist zu erwarten
- Krankenhausbehandlung im Sinne § 39 SGB V ist nicht erforderlich
- ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie ist nicht gewährleistet

2. Bewohnt der Patient / die Patientin ein Pflegeheim?  Ja  Nein

3. Diagnose:

4. Palliativmedizinisches Symptomgeschehen/ Fachpflegerische Maßnahmen:

5. Hat der/die Patientin eine ansteckende Krankheit oder nachgewiesene multiresistente Erreger (MRSA,ESBL,VRE u.a.)?

- Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

6. Die Entlassung wird zeitnah angestrebt:

ab wann:

7. Für Rückfragen

Name, Tel.-Nr.,

Aufenthaltsort:

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes