

Zurück an das Heinrich-Pera-Hospiz  
Tel: 0345 / 29 27 95 – 0  
**Fax: 0345/ 29 27 95 – 50**



HEINRICH PERA  
**HOSPIZ**

**Bescheinigung der/des behandelnden Ärztin /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 / der Ärztin