Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme im Hospiz Frankenberg

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachrichtlich per Fax an das Hospiz Frankenberg: 06451 71616-11

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse, Versicherten- Nr.:	
Derzeitige Behandlung (Arzt/ Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des ICD 10 Code: Begleiterkrankungen:	

☒ Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust.

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

☒ Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SBG V ist nicht erforderlich.

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

☒ Bisher durchgeführte Therapie :_____

_____

☒ geplante Therapie: _____

_____

☒ Eine palliative Therapie ist erforderlich. Begründung: _____

_____

☐ Es bestehen wechselnde Schmerzzustände, die einer engmaschigen Kontrolle bedürfen.

☐ Es gibt weitere Aufnahmegründe, wie die Gefahr eines durchbrechenden Tumors, regelmäßiges Absaugen, Symptomkontrolle, etc. _____

_____

☐ Wurde der Patient bisher in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt? Wenn ja, warum ist dies jetzt nicht mehr möglich? _____

_____

_____

☐ Psychosoziale Betreuung notwendig

☐ Sonstiges: Wunden, Verbände, etc. _____

☐ Zugänge, z.B. Port, etc. _____

☐ Infektionen, z.B. MRSA etc. _____

Bemerkungen: _____

_____

_____

_____

_____ _____

Ort / Datum Stempel

_____

Unterschrift behandelnder Arzt

Wichtige Informationen für das Hospiz

Nächste Angehörige:

Erreichbar:

Sonstiges/ Bemerkungen/ Wünsche: