

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit  
der stationären Hospizversorgung

Name, Vorname..... Geburtsdatum:.....  
Anschrift.....  
KK ..... KV-Nr.....

PFLEGESTUFE  Antrag gestellt  ja  nein ist bereits erteilt:  ja  nein  
 Pflegestufe I  Pflegestufe II  Pflegestufe III

Hospizaufnahme ist notwendig, weil:

- die Erkrankung progredient verläuft u. im fortgeschrittenem Stadium ist
- kurative Therapie nicht möglich ist
- pall.-med.Behandlung notwendig oder erwünscht ist
- Finalpflege nötig ist
- Krankenhaus-Behandlung i.S. § 39 SGB IV nicht erforderlich ist
- amb.Versorgung reicht wg. pall.-med.u.pall.-pfleg. Versorgungsbedarf nicht aus

HAUPTDIAGNOSE.....

NEBENDIAGNOSEN: .....

Begleitsymptome:  gastrointestinale  urologische  respiratorische  
 neuropsychiatrische  dermatologische  sonstige  MRSA,Noro-Virus o.ä.

Schmerzmittel-Therapie per

Oral  TD-Pflaster  Injektionen  Perfusor  PCA  per Port

Ernährung: normal  per PEG  Nasensonde  per Port

Bewusstseinslage:  klar  somnolent  benommen  delirant  komatös

• Voraussichtliche, abschätzbare Dauer der Notwendigkeit der stat.Hospizversorgung:

.....  
• Rückkehr in häuslichen Bereich/ and.Vers.-Bereich(Pflegeeinrichtung)  
möglich o. wahrscheinlich ? ja  nein  nicht absehbar

---

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin

Bitte senden Sie das Attest an folgende FAX-Nr.:

Franken-Hospiz 07134- 918775