

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit  
der stationären Hospizversorgung

Name, Vorname..... Geburtsdatum:.....

Anschrift.....

KK ..... KV-Nr.....

PFLEGEGRAD    Antrag gestellt     ja     nein    ist bereits erteilt:     ja     nein  
PG I    PG II    PG III    PG IV    PG V

**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

**Grunderkrankung, Befunde, Symptome:**

**Hauptdiagnose:**.....

**Nebendiagnosen:**.....

Psychische Erkrankung nach ICD10:.....

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

**Schmerzmittel-Therapie per**

- Oral     TD-Pflaster    Injektionen    Perfusor    PCA    per Port    ZVK
- Peridualekatheter

**Ernährung:**    normal    per PEG    Nasensonde    Parenterale Ernährung

**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  
Franken-Hospiz gGmbH • Schwabstr.12 • 74189 Weinsberg • Tel.07134-918774

Tel.-Nr. Angehörige.....