FRANKEN – HOSPIZ WEINSBERG
gGmbH

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
❒Peridualkatheter

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(Pflegeinrichtung) 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