

**Zurück an:** Hospiz am St. Elisabeth- Krankenhaus Halle  
Heinrich-Pera-Straße 25 – 06110 Halle/S  
Tel: 0345 / 22545-0

**Fax: 0345/ 22545-55**



**Bescheinigung der/des behandelnden Ärztin/Arztes  
über die Notwendigkeit einer stationären Hospizpflege & 39a SGB V**

Name, Vorname  geb.am  Krankenkasse/ Versicherungsnummer

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/die Patient/In 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?

**5. Der Patient bzw. Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer ist über die Anmeldung im Hospiz informiert und hat dieser zugestimmt:**

( ) ja ( ) nein

**6. Die Entlassung wird zeitnah angestrebt**

ab wann : \_\_\_\_\_

**7. Für Rückfragen:**

Name/Tel: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltort \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes