



Ärztliche Bescheinigung §39a SGB V

Bescheinigung des behandelnden Arztes über die Notwendigkeit der Hospizversorgung im Tageshospiz

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Die palliativ-medizinische Behandlung in einem Tageshospiz ist aufgrund folgender Befunde und Diagnosen notwendig:

(Sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese beizulegen)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Versorgung in einem Tageshospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist und
- die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 38 SGB V nicht erfordert

Ort, Datum: _____

Arztstempel: _____

Unterschrift des Vertragsarztes: _____

Erstellt von Moritz Fiedler	Geprüft von Alexandra Hofbauer	Freigegeben von Dr. U. Vehling- Kaiser, PD. Dr. F. Kaiser
am 18.02.2022	Am 30.03.2022	Am 31.03.2022