

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Anschrift der Krankenkasse: Fax-Nr.	Name:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	KV-Nr:	

Erstantrag Folgeantrag* evtl. zur Vorlage beim MDK (nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose:

Stadium ggf. Metastasierung / Prognose:

Begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis wenige Monate) ja

*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen und aktuellen Therapie:

Zukünftige Therapie:

<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> (Lymph-) Ödem	<input type="checkbox"/> Aszites
<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

Der Patient/die Patientin ist inkontinent ja nein

Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung ja nein

*Palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Bedarf besteht in Bezug auf:

<input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung <input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema) <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fistel)	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata <input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG) <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Es wird bestätigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. (§36 Infektionshygiene) ja nein

Die häusliche Versorgung ist gewährleistet ja nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient alleinlebend ja nein

Die Versorgung in einem Pflegeheim ist ausreichend ja nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel