

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

Anschrift der Krankenkasse: Fax:	Nachname:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort	
	KV-Nummer:	

Erstantrag

Folgeantrag*

(nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose:

.....

Stadium ggf. Metastasierung/Prognose:

.....

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) 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"/> Exulzerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

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

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor

ja

nein

Der Patient/ die Patientin leidet an einer Suchterkrankung

ja

nein

Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht gewährleistet

ja

nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen/Patient ist alleinlebend

ja

nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

-Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Po. 01621 EBM berechnungsfähig-