

# 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"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema)	<input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, 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, exulcerierende Tumore, Fistel)	<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