

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

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

Erstantrag

Folgeantrag\*

(nur mit \* verbundene Angaben sind erforderlich)

evtl. zur Vorlage beim MDK

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/ Diagnose: .....

.....

Stadium ggf. Metastasierung /  
Prognose: .....

.....

Begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis wenige Monate)  ja

\*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen 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"/> Nieder- geschlagenheit
<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"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurologische 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"/> Schlafstörungen

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-) Stoma
<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 Tumoren, Fisteln)	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor  ja  nein

Die häusliche Versorgung ist gewährleistet  ja  nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / PatientIn allein lebend  ja  nein

Die Versorgung in einem Pflegeheim ist ausreichend  ja  nein

Datum

Unterschrift des Arztes/ Stempel