

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau  
-PK-Leistung-  
34105 Kassel

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben  
\_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit einer Hospizversorgung

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

### A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum

### B. Von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt auszufüllen

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 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"/> Schlafstörungen      |

## \*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

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

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Es liegen Hinweise auf eine Infektionskrankheit vor                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Patientin/der Patient leidet an einer Suchterkrankung           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Häusliche Versorgung ist gewährleistet                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**C. Unterschrift**

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_

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