



Aktenzeichen:

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

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon

B. Vom 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:

☐ Körperl.
Schwäche

☐ Übelkeit /
Erbrechen

☐ (Lymph-)
Ödem

☐ Aszites

☐ Blutungen

☐ Niederge-
schlagen-
heit

☐ Kachexie

☐ Müdigkeit

☐ Durchfall

☐ Verstop-
fung

☐ Motorische
Unruhe

☐ Verwirrtheit

☐ Schmerzen

☐ Schluck-
störung

☐ Atemnot

☐ Dekubitus

☐ Neurol.
Symptome

☐ Angst

☐ Appetitlo-
sigkeit

☐ Mundtro-
ckenheit

☐ Husten

☐ Exulcerati-
onen

☐ Urol.
Symptome

☐ Schlafstö-
rungen



Aktenzeichen:

*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
Der Patient / die Patientin 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

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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