



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:

- | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| <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 |



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-