

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGBV

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

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 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

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

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

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung 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
Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht 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 _____ Unterschrift des Arztes/Stempel _____

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