

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"/> Exulzerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

<input type="checkbox"/> Psychosoziale/ Seelische 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-) Stomata
<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, exulzierende Tumore, Fisteln)	<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

Ersteller:	Version:	Stand:	Freigabe:
Anne Bestert	3	20.03.2024	Rieke Liesmann