



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

	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"/> Körperliche 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"/> 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, exulcerierende 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 Suchtkrankheit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Häusliche Versorgung ist gewährleistet                     | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Überforderung der pflegenden Angehörigen                   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift des Arztes

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

Arztstempel