

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

Anschrift der Krankenkasse:     Tel.:  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:

Körperl. Schwäche	Übelkeit / Erbrechen	(Lymph-) Ödem	Aszites	Blutungen	Nieder- geschlagenheit
Kachexie	Müdigkeit	Durchfall	Verstopfung	Motorische Unruhe	Verwirrtheit
Schmerzen	Schluckstörung	Atemnot	Dekubitus	Neurol. Symptome	Angst
Appetitlosigkeit	Mundtrockenheit	Husten	Exulcerationen	Urol. Symptome	Schlafstörung

\*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 Infektionserkrankung vor	ja	nein
Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung	ja	nein
Häusliche Versorgung ist gewährleistet	ja	nein
Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend	ja	nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

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