

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme (nach § 39a SGB V)

An Krankenkasse: _____

Per Fax: _____

Nachträglich Hospiz: _____

Angaben zum Patienten / zur Patientin	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Krankenkasse:	Versichertennummer:
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Codes:	
Begleiterkrankungen:	
Bisher durchgeführte Therapie:	

- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder wenige Monate)
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und / oder nicht mehr durchführbar
- Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß §43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben. Bei einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung, bitte entsprechende Begründung, warum eine weitere Versorgung hier nicht möglich ist _____

- Eine palliative Therapie ist erforderlich, Begründung: _____
- _____
- _____
- _____

Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit (nach § 39a SGB V)

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____

Begründung für Hospizaufnahme

- fehlendes/nicht ausreichend vorhandenes soziales Umfeld
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson / des sozialen Umfelds
- eskalierte familiäre Konfliktsituation
- komplexer psychosozialer Hilfebedarf

Erforderliche palliativmedizinische und palliativpflegerische Symptombegleitung:

Symptompflege

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Aszites |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Obstipation | <input type="checkbox"/> Darmverschluss | <input type="checkbox"/> Inappetenz |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Pleuraerguß | <input type="checkbox"/> Verschleimung | <input type="checkbox"/> Übermäßige Sekretion |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Körperliche Schwäche |
| <input type="checkbox"/> Krampfneigung | <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Unruhe | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

Medikamentengabe

- oral s.c. i.v. i.m. Pflaster Infusion
- Sonstige: _____

Behandlungspflege

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> ZVK | <input type="checkbox"/> ZVK | <input type="checkbox"/> PEG |
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Cystofix | <input type="checkbox"/> Urostoma | <input type="checkbox"/> Drainagen |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Absaugung | <input type="checkbox"/> Anus Praeter |
| <input type="checkbox"/> Exulzierende Wunden | | <input type="checkbox"/> Umfangreiche Wundversorgung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

- Psychosoziale Betreuung notwendig**

Infektionskrankheiten

- MRSA Norovirus Clostridien Sonstige: _____

Ort / Datum

Unterschrift behandelnder Arzt / Stempel