

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

An Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Per Fax: \_\_\_\_\_

Nachträglich Hospiz: \_\_\_\_\_

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

- 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"/> Drainagen                   | <input type="checkbox"/> PEG          |
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter      | <input type="checkbox"/> Cystofix     | <input type="checkbox"/> Urostoma                    | <input type="checkbox"/> Anus Praeter |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe      | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Absaugung                   | <input type="checkbox"/>              |
| <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