

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

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:

.....

☐ Körperl. Schwäche	☐ Übelkeit / Erbrechen	☐ (Lymph-) Ödem	☐ Aszites	☐ Blutungen	☐ Niedergeschlagenheit
☐ 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

Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht gewährleistet ☐ ja ☐ nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend ☐ ja ☐ nein

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes