

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach §39a SGB V

Angaben zur angemeldeten Person

Name, Vorname _____

Die Hospizaufnahme ist notwendig, weil:

- die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist
- kurative Therapie nicht möglich ist
- palliative, medizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist
- Finalpflege nötig ist
- Krankenhausbehandlung i. S. & 39 SGB IV nicht erforderlich ist
- ambulante Versorgung wegen pall.-pflegerischem und pall.- med. Versorgungsbedarf nicht ausreicht
- die Versorgung im häuslichen Bereich nicht (mehr) erfolgen kann

Gründe: _____

Diagnosen: _____

Verlauf und Stadium der Erkrankung, ggf. Angaben zur Metastasierung und Prognose:

Aktuelle Medikation: **Bitte aktuellen Medikamentenplan zusenden**

Symptome

| | | | |
|--|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> respiratorische Symptome | |
| <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Blutungen | |
| <input type="checkbox"/> neurologische Störungen | <input type="checkbox"/> psychische Störungen | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Verwirrtheit | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> motorische Unruhe | |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Ödeme | <input type="checkbox"/> Aszites |

Palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Maßnahmen

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgerische 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-, Kolostomata |
| <input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle | | <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Fisteln, exulcerierende Wunden) |
| <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung | <input type="checkbox"/> PEG vorhanden | <input type="checkbox"/> Beatmung / Sauerstoffversorgung |
| <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Port vorhanden | |

Hinweise/ Bemerkungen des Arztes

z.B. Soziale Situation, besondere Begründung, warum Verlegung aus Pflegeheim.....

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes _____