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

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
Fax:	KV-Nr:	

☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag*
(nur die mit * versehenden 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	☐ Versorgung von Kathetern und Drainagen
☐ Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO-Schema)	☐ Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata
☐ s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution	☐ Krisenintervention / Symptomkontrolle
☐ s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten	☐ Spezielle Wundversorgung
☐ Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen	☐ Enterale Ernährung (PEG)
☐ Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	☐ 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