

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

Anschrift der Krankenkasse	Name des Versicherten	
	Vorname	
	Geb.-Datum	
	Straße	
	PLZ/Ort	
	KV-Nr.	

Erstantrag

Folgeantrag \*

Nur die mit \* versehenen Angaben sind erforderlich

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose: .....

.....

Stadium/ggfs. Metastasierung/Prognose:.....

.....

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen)     ja

\* Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen u. aktuellen Therapie:

.....

.....

.....

Zukünftige Therapie: .....

.....

<input type="checkbox"/>	Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/>	Übelkeit/ Erbrechen	<input type="checkbox"/>	(Lymph-) Ödem	<input type="checkbox"/>	Aszites	<input type="checkbox"/>	Blutungen	<input type="checkbox"/>	Nieder- geschlagenheit
<input type="checkbox"/>	Kachexie	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Verstopfung	<input type="checkbox"/>	Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	Verwirrtkeit
<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Schluck- störung	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/>	Angst
<input type="checkbox"/>	Appetit- losigkeit	<input type="checkbox"/>	Mund- trockenheit	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	Exulcerationen	<input type="checkbox"/>	Urol. Symptome	<input type="checkbox"/>	Schlafstörung

\*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

<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-, Kolo-) Stomata
<input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution	<input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle
<input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung
<input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG)
<input type="checkbox"/> Wundversorgung(Dekubitus,exulcerierende Tumore,Fisteln)	<input type="checkbox"/> 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 des Arztes / Stempel

- Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 01621 EBM berechnungsfähig -