

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

(Angelehnt an den Vordruck der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe)

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

Erstantrag

Folgeantrag

Voraussichtliche Aufnahme: am.....

Die Hospiznotwendigkeit begründete Erkrankung/Diagnose:

.....

Stadium ggf. Metastasierung / Prognose:

.....

Die Erkrankung befindet sich im Terminalstadium (unabdingbare Voraussetzung)

Aus medizinischen und pflegerischen Gründen ist eine stationäre Betreuung in einem Hospiz erforderlich, da die **häusliche Versorgung nicht gewährleistet** ist:

- Patient ist alleinstehend
- Krankheitsbedingt ist die Versorgung durch Angehörige nicht ausführbar
- Sonstige Gründe.....

Zukünftige Therapie:.....

<input type="radio"/> Körperliche Schwäche	<input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen	<input type="radio"/> (Lymph) Ödem	<input type="radio"/> Aszites	<input type="radio"/> Motor. Unruhe	<input type="radio"/> Niedergeschlagenheit
<input type="radio"/> Kachexie	<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/> Blutungen	<input type="radio"/> Neurolog. Symptome
<input type="radio"/> Schmerzen	<input type="radio"/> Schluckstörung	<input type="radio"/> Atemnot	<input type="radio"/> Dekubitus	<input type="radio"/> Verwirrtheit	<input type="radio"/> Urolog. Symptome
<input type="radio"/> Appetitlosigkeit	<input type="radio"/> Mundtrockenheit	<input type="radio"/> Husten	<input type="radio"/> Exulzerationen	<input type="radio"/> Angst	<input type="radio"/> Schlafstörung

Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Psychosoziale/seelsorgliche Unterstützung <input type="radio"/> Überwachung Schmerztherapie <input type="radio"/> s.c. – oder i.v. – Flüssigkeitstherapie <input type="radio"/> s.c. – oder i.v. – Infusionen mit Medikamenten <input type="radio"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen <input type="radio"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulzierende Tumore, Fisteln) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Versorgung Kathetern und Drainagen <input type="radio"/> Versorgung (Tracheo-, Uro-,...)Stomata <input type="radio"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle <input type="radio"/> Spezielle Wundversorgung <input type="radio"/> enterale Ernährung (PEG) <input type="radio"/> parenterale Ernährung
---	--

Ausstellungsdatum

Vertragsstempel
(bitte unbedingt einfügen)

Unterschrift des Arztes