

**Ergänzungsbogen für die ärztliche Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V**

Anmerkung: Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Bestätigung im verschlossenen Umschlag für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst beizufügen.

Stammdaten der Antragstellerin/des Antragstellers				
Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____				
Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Pflegegrad 0 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5				
Grunderkrankung				
Hauptdiagnose(n): _____				
Psychische Symptome nach ICD 10: _____				
<input type="checkbox"/> Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung				
Symptome				
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Pleuraergüsse	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Lymphödeme	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Schluckstörung		<input type="checkbox"/> Panikattacken
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> ungewollte Gewichtsabnahme		<input type="checkbox"/> sonstige kognitive Beeinträchtigungen
Im Vordergrund stehende Symptomatik				
Bewusstseinslage				
Bewusstsein <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> reagiert adäquat <input type="checkbox"/> reagiert nicht adäquat <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös				
Orientierung	Ja	Nein	teilweise	
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation gestört in Bezug auf Sprechen <input type="checkbox"/> Sprachverständnis <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/>				
Soziale Situation				
<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung nicht möglich, weil _____				
_____				
(Datum)		(Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes)		