

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"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation	<input type="checkbox"/>	<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)		