

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße, Hausnr.:	_____
PLZ, Ort:	_____
Krankenkasse:	_____
Krankenkassen-Nr.:	_____

Der Patient / die Patientin leidet an einer Erkrankung,

- die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder vom Patienten erwünscht ist,
- die eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erfordert,
- für die eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht oder nicht durchführbar ist,
- für die eine stationäre Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung unzureichend oder nicht gegeben ist.

Diagnose:

(Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs)

Behandlungspflege:

ZVK , Port , Drainagen , BDK , AP , Infusionstherapie ,
 umfangreiche Wundversorgung und -verbände ,
 Tracheostoma , Tracheale Absaugung , O₂-Gabe ,
 intensiviert Schmerz- und Symptomkontrolle
 eskalierte familiäre Konfliktsituation

komplexer psychosozialer Hilfebedarf

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit

nach § 39a SGB V

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am : _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium: _____

Metastasen: nein ja welche: _____

Begleiterkrankungen: _____

Allgemeine Befunde

1. AZ: _____ EZ: _____ Gewicht / Größe: _____

Haut: _____

2. Psychische Auffälligkeiten: _____

Bisherige Therapien

Operativ nein ja wann: _____

Chemotherapie nein ja wann: _____

Radiatio nein ja wann: _____

Derzeitige erforderliche palliative Therapie

1. Symptomkontrolle:

Schmerzen Dyspnoe Erbrechen Übelkeit Haut

Obstipation Durchfälle Depression Ängste

2. Medikamente:

oral i.v. i.m. s.c. Pflaster Infusion Verneblung Inhalation

Welche: _____

3. Andere Therapien:

Chemotherapie Radiatio KG Lymphdrainage Atemtherapie

4. Besonderheiten:

Port PEG/Magensonde Tracheostoma DK/Cystofix Urostoma Anus Praeter

Wundbehandlung Sauerstoffgabe BZ-Kontrolle

Psycho- / soziale Betreuung

1. Familiäre Situation / soziales Umfeld: _____

2. Erforderliche psychosoziale Begleitung: _____

Ort / Datum

Name / Unterschrift / Stempel des Arztes

Hilfsbedarf in der Grundpflege

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Bisherige Pflegestufe: _____

	Selbst- ständig	Anleitung / Beaufsichtigung	Teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Häufigkeit in 24 Stunden
Körperpflege					
Waschen Oberkörper					
Waschen Unterkörper					
Waschen Hände / Gesicht					
Duschen / Baden					
Zahn- / Prothesenpflege					
Kämmen					
Rasieren					
Blasen- / Darmentleerung					
Wasserlassen / Stuhlgang / Nachsorge					
Richten d. Bekleidung bei Toilettengang					
Windelwechsel nach Wasserlassen					
Windelwechsel nach Stuhlgang					
Wechsel kleiner Vorlagen					
Wechseln / Entleeren Urinbeutel, Stomabeutel, Toilettenstuhl					
Ernährung					
Mundgerechte Zubereitung					
Nahrungsaufnahme					
Sonden- / parenterale Ernährung					
Mobilität					
Aufstehen / Zubettgehen					
Lagern					
Transfer					
Gehen					
Kleiden					
Ankleiden – Gesamt					
Ankleiden – Oberkörper / Unterkörper					
Auskleiden – Gesamt					
Auskleiden – Oberkörper / Unterkörper					

Regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen: nein ja welche: _____

Häufigkeit: _____

Individuelle Besonderheiten: _____

Ort / Datum

Name / Unterschrift / Stempel