

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse, Versicherten-Nr.:	
Derzeitige Behandlung (Arzt / Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des ICD 10 Code:	
Metastasen:	
Bisherige Therapien:	Operativ: Wenn ja, wann?
	Chemotherapie: Wenn ja, wann?
	Radiatio: Wenn ja, wann?
Begleiterkrankungen:	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erkrankung verläuft progredient und hat bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht? 2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor? 3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig / gewünscht? 4. Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich? 5. Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar? 6. Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben? Falls bisher dies erfolgte, warum ist dies jetzt nicht weiter möglich?

Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs: (siehe auch Frage 1-6)

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am : _____

Infektionskrankheiten

MRSA Norovirus Clostridien

Allgemeine Befunde

AZ: _____ EZ: _____ Gewicht / Größe: _____

Hautzustand: _____

Erforderliche palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen:

- Intensivierte Schmerz- und Symptomkontrolle
- Schmerzen Erbrechen Übelkeit Durchfälle Obstipation Darmverschluss
- Atemnot vermehrter Speichelfluss Verschleimung d. Atemwege Aszites
- Müdigkeit Schlafstörungen Lähmungen Sprachstörungen Depression Ängste
- Spastik Krampfanfälle Verwirrtheit Delir

- Medikamentengabe
 - oral s.c. i.m. i.v. Infusion Pflaster Inhalation

- Behandlungspflege
 - Port ZVK PEG Magensonde Dauerkatheter Cystofix Urostoma
 - Anus Praeter Tracheostoma Drainagen BZ-Kontrollen Absaugung
 - Sauerstoffgabe exulzierende Wunde umfangreiche Wundversorgung

- Andere Therapien:
 - Physiotherapie Lymphdrainage Atemtherapie

Psycho- / soziale Betreuung

- eskalierte familiäre Konfliktsituation
- Familiäre Situation / soziales Umfeld _____

- komplexer psychosozialer Hilfebedarf
- Erforderliche psychosoziale Begleitung _____

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Hilfsbedarf in der Grundpflege

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Bisherige Pflegestufe: _____

	Selbstständig	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

Unterschrift / Stempel