

Antrag auf Leistungen der vollstationären Hospiz- und Pflegeleistung nach § 39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI



Ärztliche Bescheinigung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V
—VON DER HAUSÄRZTIN/DEM HAUSARZT AUSZUFÜLLEN—

STAMMDATEN ANTRAGSTELLERIN/ANTRAGSTELLER

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Krankenkasse: _____ KV-Nr. _____

Konfession: _____ Hausärztin/-arzt: _____

Pflegegrad: keiner ☐ beantragt ☐ derzeitiger Pflegegrad ☐ Höherstufung beantragt ☐

Diagnosen:

Hauptdiagnose(n): _____

Psychische Symptome nach ICD 10: _____

Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung ja ☐

Symptome:

☐	Schmerzen	☐	Nausea/Emesis	☐	Obstipation	☐	Diarrhoe	☐	Kachexie
☐	Angst	☐	Unruhe	☐	Verwirrtheit	☐	Panikattacken	☐	Fatigue
☐	Atemnot	☐	Pleuraergüsse	☐	Aszites	☐	Ausgeprägte Ödeme	☐	Schluckstörungen
☐	Neurologische Symptome	☐	Schlafstörungen/ Depressive Verstimmungen	☐	Persönlichkeits- störung	☐	Krampfneigung	☐	Urologische Symptome
☐	Blutungen	☐	Wunden	☐	Dekubitus	☐	Exulzierende Wunden	☐	Sonstige

Im Vordergrund stehende Symptomatik:

Antrag auf Leistungen der vollstationären Hospiz- und
Pflegeleistung nach § 39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI

Ärztliche Bescheinigung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V
—VON DER HAUSÄRZTIN/DEM HAUSARZT AUSZUFÜLLEN—

Medikamente:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf

Bewusstseinslage:

	wach		reagiert adäquat		reagiert nicht adäquat		somnolent		komatös
--	------	--	------------------	--	------------------------	--	-----------	--	---------

Orientierung:	ja	nein	teilweise
Person			
Ort			
Zeit			
Situation			

Kommunikation gestört in Bezug auf:

	Sprache		Sprachverständnis		Hören		Sehen
--	---------	--	-------------------	--	-------	--	-------

Erforderliche Hilfsmittel:

(z. B. Rollstuhl, Toilettenstuhl, Rollator):

Antrag auf Leistungen der vollstationären Hospiz- und Pflegeleistung nach § 39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI

Ärztliche Bescheinigung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V
—VON DER HAUSÄRZTIN/DEM HAUSARZT AUSZUFÜLLEN—

Palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Bedarf:

☐	Psychosoziale Unterstützung	☐	Krisenintervention/Symptomkontrolle
☐	Port vorhanden	☐	Versorgung von Kathetern/Drainagen
☐	Subkutane oder Port-Infusionen	☐	Enterale Ernährung
☐	Wundversorgung/Dekubitus	☐	Parenterale Ernährung
☐	Versorgung eines Stomas (Tracheo-, Uro-, Kolo-)	☐	Sonstiges:
☐	Sauerstoffbedarf		
☐	Liter/Minute	☐	

Weitere Angaben:

Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen/Wochen/Monaten vor

Eine häusliche Versorgung ist möglich

Ein Krankenhausaufenthalt ist erforderlich

Angehörige sind überfordert/Patientin/Patient ist alleinstehend

Patientin/Patient wünscht eine Aufnahme ins Hospiz

Patientin/Patient lebt in einem Pflegeheim

Es liegen psychische Einschränkungen vor

Es liegt eine Suchterkrankung vor

Es liegt eine Infektionskrankheit/Infektion mit multiresistenten Keimen vor

☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein
☐	ja	☐	nein

**Bitte Original mit Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenkasse senden,
eine Kopie bitte an das Hospiz zurücksenden! Danke!**

Datum

Unterschrift der/des ausfüllenden Ärztin/Arztes

Arztstempel/Klinikstempel