

- VON DER HAUSÄRZTIN/VOM HAUSARZT AUSZUFÜLLEN -

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