

**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung
der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a, SGB V**

Angaben zu Patientin/Patient

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Derzeitige Ärztin/ derzeitiger Arzt	
Diagnose/-n mit Angabe von: - Erstdiagnose - Stadium - ggf. Metastasen - Begleiterkrankungen - ggf. ICD 10 Code	
Metastasen	
Begleiterkrankungen	
Bisherige Therapie	<input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Operative Therapie <input type="checkbox"/>

O. g. Patientin/Patient leidet an einer Erkrankung

<input checked="" type="checkbox"/> die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat <input checked="" type="checkbox"/> die eine begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis wenige Monate) erwarten lässt <input checked="" type="checkbox"/> bei der eine Heilung nach medizinischem Ermessen ausgeschlossen ist <input checked="" type="checkbox"/> die eine palliativmedizinische Behandlung erfordert und von der Patientin/dem Patienten erwünscht ist
--

Die Versorgung in einem stationären Hospiz ist erforderlich

<input checked="" type="checkbox"/> da eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist <input checked="" type="checkbox"/> da eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreicht oder nicht durchführbar ist wg. Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs <input checked="" type="checkbox"/> da eine Versorgung in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe nicht gegeben ist, als unzureichend betrachtet wird.

Ort, Datum		Unterschrift, Stempel	
HO-VW-MD-001	Erstellt: AK Hospiz	Geprüft: Grüner	Freigabe: Seifert
Stand vom: 05.12.2022	Version: 002	Gültig ab: 05.12.2022	Seite 1 von 2

Informationen zur Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erforderliche palliativmedizinische und palliativpflegerische Symptombegleitung

<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Verschleimung der Atemwege	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> körperliche Schwäche	<input type="checkbox"/> kognitive Beeinträchtigungen
<input type="checkbox"/> Pleura Ergüsse	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/> Schluckstörungen
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Angst	
<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/>

Medikamentöse Therapie

<input type="checkbox"/> Infusionstherapie <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> transdermal	Applikationsform <input type="checkbox"/> PCA Pumpe <input type="checkbox"/> Perfusor <input type="checkbox"/> Infusomat <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

Palliative Behandlungspflege

<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Cystofix	<input type="checkbox"/> Urostoma	<input type="checkbox"/> Anus Praeter	<input type="checkbox"/> Drainagen
<input type="checkbox"/> Absaugung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
<input type="checkbox"/> phasengerechte Wundversorgung		<input type="checkbox"/> exulzierende Wunden	

Komplementäre Therapien

<input type="checkbox"/> Atemtherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	--	--------------------------

Psychosoziale Begleitumstände

Soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> fehlendes/nicht ausreichendes vorhandenes soziales Umfeld <input type="checkbox"/> drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson / des sozialen Umfeldes <input type="checkbox"/> fehlende Bereitschaft zur Übernahme der Pflege <input type="checkbox"/> Krisenintervention (minderjährige Kinder, Erkrankung der Pflegeperson, familiäre Beziehungsstörungen) <input type="checkbox"/>
Hospizliche Begleitung	<input type="checkbox"/> soziale Begleitung (Vorsorgeregungen) <input type="checkbox"/> seelsorgerliche, spirituelle Begleitung (Sinn- und Glaubensfragen) <input type="checkbox"/> psychische Begleitung (Begleitung in Krisensituationen und Trauer) <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

HO-VW-MD-001	Erstellt: AK Hospiz	Geprüft: Grüner	Freigabe: Seifert
Stand vom: 05.12.2022	Version: 002	Gültig ab: 05.12.2022	Seite 2 von 2