

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

Die Versorgung in einem stationären Hospiz ist erforderlich

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> da eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist <input 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 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: 13.08.2019 | Version: 001 | Gültig ab: 13.08.2019 | 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 (Vorsorgeregeln) <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: 13.08.2019 | Version: 001 | Gültig ab: 13.08.2019 | Seite 2 von 2 |