

## 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"> <li>1. Die Erkrankung verläuft progredient und hat bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht?</li> <li>2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor?</li> <li>3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig / gewünscht?</li> <li>4. Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich?</li> <li>5. Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar?</li> <li>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?</li> </ol>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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    CIVID

### 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: \_\_\_\_\_

Bisheriger Pflegegrad: \_\_\_\_\_

	Selbstständig	Anleitung / Beaufsichtigung	Teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Häufigkeit in 24 Stunden
<b>Körperpflege</b>					
Waschen Oberkörper					
Waschen Unterkörper					
Waschen Hände / Gesicht					
Duschen / Baden					
Zahn- / Prothesenpflege					
Kämmen					
Rasieren					
<b>Blasen- / Darmentleerung</b>					
Wasserlassen / Stuhlgang / Nachsorge					
Richten d. Bekleidung bei Toilettengang					
Windelwechsel nach Wasserlassen					
Windelwechsel nach Stuhlgang					
Wechsel kleiner Vorlagen					
Wechseln / Entleeren Urinbeutel, Stomabeutel, Toilettenstuhl					
<b>Ernährung</b>					
Mundgerechte Zubereitung					
Nahrungsaufnahme					
Sonden- / parenterale Ernährung					
<b>Mobilität</b>					
Aufstehen / Zubettgehen					
Lagern					
Transfer					
Gehen					
<b>Kleiden</b>					
Ankleiden – Gesamt					
Ankleiden – Oberkörper / Unterkörper					
Auskleiden – Gesamt					
Auskleiden – Oberkörper / Unterkörper					

Regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Individuelle Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

