

## 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