



**Ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a, SGB V**  Erstbescheinigung  Folgebescheinigung

**Angaben zu Patientin/Patient**

Name, Vorname, Geb.-Dat.:				
PLZ, Ort, Str.:				
Krankenkasse / Vers. Nr.:				
aktuell behandelnde Ärztin / Arzt:				
<p><b>Die Versorgung in einem stationären Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt</b>, die progredient verläuft und bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten (- bei Kindern auch Jahren -) erwarten lässt; bei der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist <b>UND</b> eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien)ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint. (Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu.)</p>				
Diagnose / -n mit Angabe von - Erstdiagnose - Stadium - ggf. Metastasen, Begleiterkrankungen - ggf. ICD 10 Code → oder aktuellen Krankenhaus Entlassbericht		..... ..... .....		
Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> OP / <input type="checkbox"/> Chemo / <input type="checkbox"/> Bestrahlung  <input type="checkbox"/> kurative Behandlung abgeschlossen		kurze Beschreibung des Progress: ..... ..... .....		
<p><b>Die Versorgung der /des Versicherten wurde bislang:</b>  <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> in einer stationären Pflege- / Behinderteneinrichtung sichergestellt.</p> <p><b>Die Versorgung kann in stationärer Pflege / durch SAPV nicht / nicht mehr sichergestellt werden weil:</b></p>				
<p><b>Psychosoziale / geistig-seelische Begleitumstände</b>  <input type="checkbox"/> fehlendes / nicht ausreichende vorhandenes soziales Umfeld <b>oder</b> <input type="checkbox"/> drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson / des sozialen Umfeldes <b>oder</b> <input type="checkbox"/> fehlende Bereitschaft zur Übernahme der Pflege <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Krisenintervention <input type="checkbox"/> seelsorgerlich, spirituell (Sinn- und Glaubensfragen) <b>oder</b> <input type="checkbox"/> psychisch (Krisensituationen) <b>oder</b> <input type="checkbox"/> soziale Begleitung (notwendige Vorsorgeregelungen)</p>				
<p><b>Erforderliche palliativmedizinische und palliativpflegerische Symptombegleitung</b></p>				
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Verschleimung	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> körpl. Schwäche
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Obstipation
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> exulzierende Wunden	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> Fatigue		
<input type="checkbox"/> sonstiges				
<input type="checkbox"/> <b>Schmerztherapie</b> <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> transdermal <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> PCA-Pumpe <input type="checkbox"/> Perfusor				
weitere Medikation:				
<p><b>Palliative Behandlungspflege</b></p>				
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Absaugung	<input type="checkbox"/> Drainagen	<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> ZVK

<input type="checkbox"/> suprapubischer DK	<input type="checkbox"/> Urostoma	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Anus Praeter
Sonstiges:				

Ort, Datum, Unterschrift .....

Formular wurde im Rahmen einer Klausur vom AK stationäre Hospize RLP erstellt ([www.hpv-rlp.de](http://www.hpv-rlp.de)) Stand 12/2015  
MU-01191 Ver. 03, veröffentlicht im Hospiz Elias am 14.01.2016

Stempel
---------