

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



Angaben zu Patientin / Patient:

Name, Vorname :	
Geb.-Datum:	
Postleitzahl, Ort :	
Straße :	
Krankenkasse / Vers.-Nr. :	
Aktuell behandelnde Ärztin/Arzt :	

Die stationäre Versorgung in einem Hospiz ist notwendig, da eine Erkrankung vorliegt, 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 UND 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.

Diagnose/n mit Angabe von

- Erstdiagnose
- Stadium
- Aktueller Krankenhaus-Entlassbericht

Pflegegrad: _____

Bisherige Therapien:

OP Chemo Bestrahlung

kurative Behandlung abgeschlossen

Kurze Beschreibung des Progresses/Besonderheiten:

Die Versorgung der /des Versicherten wurde bislang:

zu Hause in einer stationären Pflege-/Behinderteneinrichtung sichergestellt.

Die Versorgung kann in stationärer Pflege/durch SAPV nicht/nicht mehr sichergestellt werden, weil:

Psychosoziale / geistig-seelische Begleitumstände

- fehlendes/nicht ausreichend vorhandenes soziales Umfeld oder
- drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson/des sozialen Umfeldes oder
- fehlende Bereitschaft zur Übernahme der Pflege oder
- Krisenintervention seelsorgerlich, spirituell (Sinn- und Glaubensfragen) oder
- psychisch (Krisensituationen) oder soziale Begleitung (notwendige Vorsorgeregelungen)

<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Verschleimung	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> körperliche 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:	

Schmerztherapie: oral transdermal s.c. i. v. PCA-Pumpe Perfusor

Weitere Medikation:

Palliative Behandlungspflege

<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 _____

Stempel, Unterschrift _____

Elektronische Kopien und Ausdrücke unterliegen nicht dem Änderungsdienst und können daher von der aktuell gültigen Version abweichen!