

Ergänzungsbogen für die ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung
gemäß §39a SGB V

Stammdaten des Antragstellers:

Name, Vorname: _____ Geb.- Datum: _____

- Pflegegrad: Keiner beantragt Pflegegrad I
 Pflegegrad II
 Pflegegrad III
 Pflegegrad IV
 Höherstufung beantragt

Diagnosen:

Hauptdiagnose(n): _____

Psychische Symptome nach ICD 10 _____

Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung

Symptome:

	Schmerzen	Übelkeit	Erbrechen	Atemnot	Fatigue
	Angst	Unruhe	Verwirrtheit	Panikattacken	Krampfneigung
	Aszites	Pleuraergüsse	Dekubitus	Wunde	Kachexie
	Obstipation	Diarrhoe	Schluckstörungen	Lymphödeme	Schwindel
	Sonstige Symptome:				

Folgende Symptome stehen im Vordergrund:

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: _____

Bewusstseinslage:

wach	reagiert adäquat	reagiert nicht adäquat	somnolent	komatös
------	------------------	------------------------	-----------	---------

Orientierung	ja	nein	Teilweise
Person			
Ort			
Zeit			
Situation			

Kommunikation gestört aufgrund: Sprache Sprachverständnis Hören Sehen

Medikamente:

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Bedarf:

Psychosoziale Unterstützung	Krisenintervention/Symptomkontrolle
Port vorhanden	Versorgung von Kathetern/Drainagen
s.c.- oder Port-Infusionen	Enterale Ernährung
Wundversorgung/Dekubitus	Parenterale Ernährung
Versorgung eines Stomas (Tracheo-, Uro-, Kolo-,)	Sonstiges:
Sauerstoffbedarf, Liter/Minute	

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: _____

Weitere Angaben:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen/Wochen oder Monaten vor | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Eine häusliche Versorgung ist nicht möglich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ein Krankenhausaufenthalt ist nicht mehr erforderlich | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Angehörige sind überfordert/Patient*in ist alleinstehend | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Patientin/Der Patient wünscht sich eine Aufnahme ins stationäre Hospiz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Patientin/Der Patient lebt in einem Pflegeheim (Kurzzeitpflege) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Es liegen psychische Einschränkungen vor | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Es liegt eine Suchterkrankung vor | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Es liegt eine Infektionskrankheit/Eine Infektion mit multiresistenten Keimen vor | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bitte beachten:

**Das Original mit dem Antrag auf Kostenübernahme bitte bei der Krankenkasse einreichen.
Eine Kopie senden Sie bitte an das stationäre Hospiz Horizont.**

Datum

Unterschrift des ausfüllenden Arztes

Arztstempel

**Horizont – Ökumenisches Hospiz- und Palliativzentrum
im Landkreis Konstanz gemeinnützige GmbH**

Hospiz Horizont

Hegaustraße 29

78224 Singen

Telefon 07731-969 70 700

Fax 07731-969 70 749

E-Mail info@horizont-hospizzentrum.de

Website www.horizont-hospizzentrum.de