

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

Pflegegrad V 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:

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	

Weitere Angaben:

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

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