

## Ärztliche Bescheinigung

zur Festlegung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs.1

Angaben zur angemeldeten Person:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort:.....

Heimatadresse: .....

Derzeitiger Aufenthalt: ..... Tel:.....

Hausarzt: .....

Krankenkasse: .....

Anschrift: .....

Versicherungs-NR: .....

Telefon: .....Fax:.....

Pflegegrad:                       vorhanden                       beantragt

Rezeptgebührenbefreiung:    ja                                       nein

### Die Hospizaufnahme ist notwendig, da:

- die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist
- kurative Therapie nicht möglich ist
- palliative,medizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist
- Finalpflege nötig ist
- Krankenhausbehandlung i. S. & 39 SGB IV nicht erforderlich ist
- ambulante Versorgung wegen pall.-pflegerischem und. pall.- med. Versorgungsbedarf nicht ausreicht
- die Versorgung im häuslichen Bereich nicht (mehr) erfolgen kann

**Gründe:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nebendiagnosen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verlauf und Stadium der Erkrankung, ggf. Angaben zur Metastasierung/Prognose:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation (inklusive Dosierung und Applikationsform):**

Alternativ aktuellen Medikamentenplan mitschicken
---------------------------------------------------

**Aktuelle Symptome**

<input type="checkbox"/> neurologische Symptome	<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> respiratorische Symptome	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> urologische Symptome
<input type="checkbox"/> exulcerierende Tumore	<input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Lymphödeme	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> psychische Störung	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/>

**Palliativ- pflegerische und palliativ-medizinische Maßnahmen**

<input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach WHO-Schema	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung <input type="checkbox"/> PEG vorhanden
<input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> Port vorhanden
<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung
<input type="checkbox"/> Wundversorgung ( Dekubitus, Fisteln, exulcerierende Wunden)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Versorgung von: Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolostomata	<input type="checkbox"/>

**Hinweise/ Bemerkungen des Arztes**

Soziale Situation, besondere Begründung, warum Verlegung aus Pflegeheim.....
------------------------------------------------------------------------------

**Wichtig!** Bitte Original mit Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenkasse!  
 Kopie zurück an das Maja Fischer Hospiz

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des ausfüllenden Arztes: \_\_\_\_\_  
 (Arztstempel)