

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach §39a SGB V

T: 07367 92220 – 164
F: 07367 92220 – 298
helga.schmid@samariterstiftung.de
Ebnater Hauptstr. 34, 73432 Aalen

Angaben zur angemeldeten Person

Name, Vorname _____

Die Hospizaufnahme ist notwendig, weil:

- 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: _____

Diagnosen: _____

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

Aktuelle Medikation: Bitte aktuellen Medikamentenplan zusenden

Symptome

<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> respiratorische Symptome	
<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Blutungen	
<input type="checkbox"/> neurologische Störungen	<input type="checkbox"/> psychische Störungen	<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	
<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> motorische Unruhe	
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Ödeme	<input type="checkbox"/> Aszites

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"/> Versorgung von: Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolostomata	
<input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle	<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Fisteln, exulcerierende Wunden)	
<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> PEG vorhanden	<input type="checkbox"/> Beatmung / Sauerstoffversorgung
<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Port vorhanden	

Hinweise/ Bemerkungen des Arztes

z.B. Soziale Situation, besondere Begründung, warum Verlegung aus Pflegeheim.....

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes