

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

Anmerkung: Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Verordnung im verschlossenen Umschlag für die MDK-Begutachtung beizufügen.

Stammdaten des Antragstellers							
Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____							
Pflegeleistungen							
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt							
Grunderkrankung							
Hauptdiagnose(n): _____							
Psychische Symptome nach ICD 10: _____							
<input type="checkbox"/> Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung							
Symptome							
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Pleuraergüsse	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Lymphödeme	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit			
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Unruhe			
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Angst			
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Diarrhöe	<input type="checkbox"/> Schluckstörung		<input type="checkbox"/> Panikattacken			
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Obstipation			<input type="checkbox"/> sonstige kognitive Beeinträchtigungen			
Im Vordergrund stehende Symptomatik							
_____ _____ _____ _____							
Bewusstseinslage							
Bewusstsein <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> reagiert adäquat <input type="checkbox"/> reagiert nicht adäquat <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös							
Orientierung <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> <td style="padding: 0 10px;">teilweise</td> </tr> </table>					Ja	Nein	teilweise
Ja	Nein	teilweise					
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kommunikation gestört in Bezug auf							
Sprechen	<input type="checkbox"/>	Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	Hören			
				<input type="checkbox"/>			
Soziale Situation							
<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung nicht möglich							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> _____ (Datum) </div> <div style="width: 60%; text-align: center;"> _____ (Unterschrift des behandelnden Arztes) </div> </div>							