

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Anschrift der Krankenkasse: Fax: Angehörige: Telefon:	Name:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	KV-Nr:	
	Telefon	

☐ Erstantrag

☐ Folgeantrag*

(nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose:

.....

Stadium ggf. Metastasierung /

Prognose:

.....

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) ☐ ja

*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen und aktuellen Therapie:

.....

.....

Zukünftige Therapie:

.....

☐ Körperl. Schwäche	☐ Übelkeit / Erbrechen	☐ (Lymph-) Ödem	☐ Aszites	☐ Blutungen	☐ Nieder- geschlagenheit
☐ Kachexie	☐ Müdigkeit	☐ Durchfall	☐ Verstopfung	☐ Motorische Unruhe	☐ Verwirrtheit
☐ Schmerzen	☐ Schluckstörung	☐ Atemnot	☐ Dekubitus	☐ Neurol. Symptome	☐ Angst
☐ Appetitlosigkeit	☐ Mundtrockenheit	☐ Husten	☐ Exulcerationen	☐ Urol. Symptome	☐ Schlafstörung

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

☐ Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung ☐ Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema) ☐ s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution ☐ s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten ☐ Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen ☐ Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	☐ Versorgung von Kathetern und Drainagen ☐ Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata ☐ Krisenintervention / Symptomkontrolle ☐ Spezielle Wundversorgung ☐ Enterale Ernährung (PEG) ☐ Parenterale Ernährung
--	---

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor

☐ ja

☐ nein

Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung

☐ ja

☐ nein

Häusliche Versorgung ist gewährleistet

☐ ja

☐ nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend

☐ ja

☐ nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach
§ 39 a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI**

Anschrift der Krankenkasse:	Name des Versicherten:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	KV-Nr.:	

Name des Hospizes

(voraussichtliches) Aufnahmedatum:

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt

☐ ja

☐ nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?

☐ ja

☐ nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

☐ ja

☐ nein

Stufe _____

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen
(z. B. Pflegegeld/Pflegezulage)

☐ ja

☐ nein

wenn ja, von:

☐ der Pflegekasse

☐ der Beihilfestelle

☐ dem Sozialamt

☐ der Unfallvers.

☐ dem Versorgungsamt

☐ sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die vorgenannten Institutionen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, können an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

*Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor.

☐ ja

☐ nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.