Hospiz
Essen Steele

Hospiz Essen-Steele gGmbH Hellweg 102 45276 Essen Tel.: 0201/8052700 Fax: 0201/8052708

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

Anschrift der Krankenkasse Fax:

Name:	
Vorname	
Geb.-Datum:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
KV-Nr.:	

☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag*

(nur die mit* versehenden 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: .....

.....

□ körperliche Schwäche	□ Übelkeit/Erbrechen	□ (Lymph-) Ödem	□ Aszites	□ Blutungen	□ Niedergeschlagenheit
□ Kachexie	□ Müdigkeit	□ Durchfall	□ Verstopfung	□ motorische Unruhe	□ Verwirrtheit
□ Schmerzen	□ Schluckstörung	□ Atemnot	□ Dekubitus	□ neurol. Symptome	□ Angst
□ Appetitlosigkeit	□ Mundtrockenheit	□ Husten	□ Exulcerationen	□ Urol. Symptome	□ Schlafstörung

*Palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Bedarf besteht in Bezug auf:

□ psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung	□ Versorgung von Kathetern und Drainagen
□ Überwachung von Schmerztherapie (WHO-Schema)	□ Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo,- Kolo-) Stomata
□ s.c.- oder i.v. Flüssigkeitssubstitution	□ Krisenintervention / Symptomkontrolle
□ s.c.- oder i.v. Infusionen mit Medikamenten	□ spezielle Wundversorgung
□ Versorgung von Port-bzw. Pumpensystemen	□ Enterale Ernährung (PEG)
□ Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	□ Parentale Ernährung

Es liegen Hinweise auf eine Infektionskrankheit vor	□ ja	□ nein
Der Patient / die Patientin leidet an eine Suchterkrankung	□ ja	□ nein
Möglichkeit häuslicher Versorgung ist gewährleistet	□ ja	□ nein
Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend	□ ja	□ nein

Datum _____ Unterschrift des Artzes/Stempel _____

für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 73 EBM berechungsfähig.