

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

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
AOK NordWest Die Gesundheitskasse. 58079 Hagen	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	KV-Nr.:	

Erstantrag

Folgeantrag*
(nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) ja

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose/Stadium/Prognose:

Eine ambulante Versorgung im Haushalt oder Familie - ggf. ergänzt durch SAPV oder amb. Hospizdienst - reicht nicht aus, weil:

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

Zukünftige Therapie:

<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> (Lymph-) Ödem	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

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

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

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häusliche Versorgung ist gewährleistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Überforderung der pflegenden Angehörigen/Patient ist alleinlebend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

- Dieser Kurzbericht ist analog der Nr. 01622 EBM berechnungsfähig. -