

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

Adressaten:

Krankenkasse: Fax-Nr.: Hospiz Stella-Maris Fax-Nr.: 02443-9814-730	Name des Versicherten: ----- Vorname: ----- Geb.-Datum: ----- Straße: ----- PLZ/Ort: ----- Telefon: ----- KV-Nr.: -----
---	---

Erstantrag Folgeantrag

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose:

.....

.....

Stadium/ggf. Metastasierung:

.....

.....

.....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund, zu bisherigen u. aktuellen Therapien:

.....

.....

.....

Zukünftige Therapien:

.....

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

- Bereits begonnen Schmerztherapie nach WHO-Schema ja nein
- Zu erwartende Schmerztherapie nach WHO-Schema ja nein
- Symptomkontrolle / Krisenintervention
(z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe) ja nein
- Spezielle Wundversorgung
bei ja nein
- Psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung der/der Betroffenen
(u. der Angehörigen) in der Auseinandersetzung mit Sterben ja nein
- Sonstiges: ja nein

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor? ja nein

Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung? ja nein

Datum und Unterschrift des Arztes / Stempel