Katholische Hospizgesellschaft Eifel-Mosel gGmbH	**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach §39a Abs. 1 SGB V**	**Geltungsbereich:** Unternehmen

☐ Erstantrag ☐ Folgeantrag* (die mit * versehenen Angaben sind zwingend erforderlich)

☐ evtl. zur Vorlage beim MD

Anschrift Krankenkasse: _____	**Anrede:**	_____
	Name:	_____
	Vorname:	_____
Fax: _____	**Geb.-Datum:**	_____
	PLZ/Ort:	_____
	KV-Nr.:	_____

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium (ICD-10-Code):
_____

Stadium, ggfs. Metastasierung/Prognose:
_____

Begleiterkrankungen:
_____

☐ Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen oder wenige Monate)

*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	☐ Schluckstörungen	☐ Atemnot	☐ Dekubitus	☐ Neurol. Symptome	☐ Angst
☐ Appetitlosigkeit	☐ Mundtrockenheit	☐ Husten	☐ Exulcerationen	☐ Urologische Symptome	☐ Schlafstörung

Der Patient/die Patientin ist inkontinent	☐ ja	☐ nein
Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung	☐ ja	☐ nein

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

☐ Psychosoziale/seelsorgerische Unterstützung	☐ Versorgung von Kathetern und Drainagen
☐ Überwachung von Schmerztherapie nach WHO Schema	☐ Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo- Stoma
☐ s.c. oder i.v. Flüssigkeitssubsitution	☐ Krisenintervenion/Systemkontrolle
☐ s.c. oder i.v. Infusionen mit Medikamenten	☐ Spezielle Wundversorgung
☐ Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen	☐ Enterale Ernährung
☐ Wundversorgung (Dekubitus, exulzerierende Tumoren, Fisteln)	☐ Parenterale Ernährung

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	☐ ja	☐ nein
Die häusliche Versorgung ist gewährleistet	☐ ja	☐ nein
Überforderung der pflegenden Angehörigen/Patient*in allein lebend	☐ ja	☐ nein
Die Versorgung in einem Pflegeheim ist ausreichend	☐ ja	☐ nein

_____ _____
Datum Unterschrift des Ärztes/Stempel