

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach §39a Abs. 1 SGB V (Stand: 15.01.2024)

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Krankenkasse & KV.Nr.	Aufenthaltort des Vers. bei Antragstellung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erstantrag Folgeantrag* (nur mit*verbundene Angaben sind erforderlich) evtl. zur Vorlage MDK

Die Hospiznotwendigkeit begründete Erkrankung/Diagnose (Wann Erstdiagnose)

.....

Letzter Krankenhausaufenthalt/Name des Krankenhauses

Stadium der Erkrankung/Metastasierung

Begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis wenige Monate) ja **Systemtherapie** ja nein

Patient wünscht keine tumorspezifische Therapie ja

Aktueller Allgemeinzustand

.....

.....

Aktuelle Symptomlast					
<input type="checkbox"/> Körperliche 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"/> Motor. Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurologische Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urologische Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen

Liegen psychische Störungen vor (welche) ja nein

Zukünftige Therapie	
<input type="checkbox"/> Psychosoziale/ seelsorgerische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO Schema)	<input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stoma
<input type="checkbox"/> s.c. oder i.v. Flüssigkeitssubstitution	<input type="checkbox"/> Krisenintervention/ Symptomkontrolle
<input type="checkbox"/> s.c. oder i.v. Infusion mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung
<input type="checkbox"/> Versorgung von Port und Pumpensystemen	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung
<input type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung

Hospizpflege ist notwendig Stationäre Versorgung

Hospizversorgung ist notwendig, weil

- Erkrankung progredient verläuft & im fortgeschrittenen Stadium ist
- Kurative Therapie nicht möglich ist
- Finalpflege nötig ist
- Ambulante Versorgung ist wegen pall.-pfleger. & pall.-med. Versorgungsbedarf nicht ausreichend

Datum / Unterschrift

Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach §39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI (Stand: 30.01.2024)

Name des Versicherten		Anschrift der Krankenkasse
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
KV-Nr.		
Ansprechpartner für Rückfragen (Angehörige/ Bevollmächtigte)	Name	
	Tel.	

DRK KV MSP e.V. / Hospiz „Luisendomizil“
<i>Name des Hospizes</i>		<i>voraussichtliches Aufnahmedatum</i>
Penzliner Str. 58 · 17235 Neustrelitz · Tel. 03981 34904231	IK 511307068
<i>Anschrift des Hospizes</i>		<i>Institutionskennzeichen</i>

Eine ärztliche Bescheinigung ist beigelegt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z.B. Pflegegeld/Pflegezulage)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, von: <input type="checkbox"/> der Pflegekasse <input type="checkbox"/> der Beihilfestelle <input type="checkbox"/> dem Sozialamt <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt <input type="checkbox"/> sonst. Stellen	

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

Etwas 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 den 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 SGB X): Damit wir unsere Aufgabe 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.