

# 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)

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

<b>DRK KV MSP e.V. / Hospiz „Müritzpark“</b>	.....	.....
<i>Name des Hospizes</i>		<i>voraussichtliches Aufnahmedatum</i>
<b>Thomas-Mann-Str-18a · 17192 Waren · Tel. 03991 6319829</b>	.....	<b>IK 511309630</b>
<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.

**Deutsches Rotes Kreuz**   
Kreisverband Mecklenburgische Seenplatte e.V.