



## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für die Hospizaufnahme nach §39a SGB V

An Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Per Fax: \_\_\_\_\_

Erstantrag  Folgeantrag (Aufnahme am \_\_\_\_\_)

### Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Krankenkasse, Versicherten-Nr.	
Diagnose mit Erstdiagnose und ICD 10 Code, Metastasen	
Bisherige Therapien:	
Ansprechpartner: Angehörige, Betreuer/-in (Name & Telefonnummer)	

- Der genannte Patient ist unheilbar erkrankt, Prognose infaust
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen oder wenige Monate)
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des §39 SGB V ist nicht erforderlich
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar
- Patientenverfügung ist vorhanden



## Erforderliche palliative Therapie

### 1. Symptomkontrolle:

- |                                     |  |   |   |
|-------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Erbrechen       | <input type="checkbox"/> Übelkeit       | <input type="checkbox"/> Aszites          |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Obstipation     | <input type="checkbox"/> Darmverschluss | <input type="checkbox"/> Inappetenz       |
| <input type="checkbox"/> Atemnot    | <input type="checkbox"/> Depression      | <input type="checkbox"/> Ängste         | <input type="checkbox"/> Neurol. Symptome |
| <input type="checkbox"/> Haut       | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schwäche       | <input type="checkbox"/> Urol. Symptome   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige   | _____                                    |   |   |

### 2. Medikamentengabe:

- oral     i.v.     i.m.     s.c.     Infusion     Vernebelung     Inhalation

Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche:

### 3. Besonderheiten:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Port           | <input type="checkbox"/> PEG/Magensonde | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe | <input type="checkbox"/> BZ/RR-Kontrolle |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma   | <input type="checkbox"/> Urostoma       | <input type="checkbox"/> Cystofix       | <input type="checkbox"/> Drainagen       |
| <input type="checkbox"/> Wundbehandlung | <input type="checkbox"/> Absaugung      | <input type="checkbox"/> Sonstige:      | _____                                    |

### 4. Psychosoziale Betreuung:

**Familiäre Situation/soziales Umfeld:**

**Erforderliche psychosoziale Begleitung:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel