

Ergänzungsbogen für die ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V

Anmerkung: Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Verordnung im verschlossenen Umschlag für die MDK-Begutachtung beizufügen.

Stammdaten des Antragstellers

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Pflegeleistungen

☐ keine ☐ beantragt ☐ Pflegestufe I ☐ Pflegestufe II ☐ Pflegestufe III ☐ Höherstufung beantragt

Grunderkrankung

Hauptdiagnose(n): _____

Psychische Symptome nach ICD 10: _____

☐ Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung

Symptome

<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Pleuraergüsse	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Lymphödeme	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Diarrhöe	<input type="checkbox"/> Schluckstörung		<input type="checkbox"/> Panikattacken
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Obstipation			<input type="checkbox"/> sonstige kognitive Beeinträchtigungen

Im Vordergrund stehende Symptomatik

Bewusstseinslage

Bewusstsein ☐ wach ☐ reagiert adäquat ☐ reagiert nicht adäquat ☐ somnolent ☐ komatös

Orientierung

	Ja	Nein	teilweise
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikation gestört in Bezug auf

Sprechen ☐ Sprachverständnis ☐ Hören ☐ Sehen ☐

Soziale Situation

☐ Häusliche Versorgung nicht möglich

(Datum)

(Unterschrift des behandelnden Arztes)