

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					
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt		<input type="checkbox"/> Pflegestufe I		<input type="checkbox"/> Pflegestufe II	
		<input type="checkbox"/> Pflegestufe III		<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt	
Grunderkrankung					
Hauptdiagnose(n): _____					
Psychische Symptome nach ICD 10: _____					
<input type="checkbox"/> 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					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
Bewusstseinslage					
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> reagiert adäquat	<input type="checkbox"/> reagiert nicht adäquat	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatos
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	<input type="checkbox"/>	Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	Hören	<input type="checkbox"/>
Sehen <input type="checkbox"/>					
Soziale Situation					
<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung nicht möglich					
(Datum)			(Unterschrift des behandelnden Arztes)		