

Ergänzungsbogen zur Ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit der stationären Hospizversorgung gemäß §39a SGB V

vom behandelnden Arzt auszufüllen

Name des Patienten: _____ Geb. Datum: _____

Folgende Symptome liegen vor:

(bitte Zutreffendes ankreuzen!)

☐ Schmerzen ☐ Pflaster ☐ CADD-legacy ☐ Perfusor ☐ ____	☐ Pleuraergüsse ☐ Drainage	☐ Adipositas ☐ Kachexie Wichtig: Bitte Körpergewicht angeben: _____ kg	☐ Lymphödem	☐ Verwirrtheit
☐ Atemnot ☐ O2-flüssig ☐ O2-Konzentr. ☐ NIV-Beatmung ☐ CPAP-Beatmung	☐ Diarrhoe	☐ Schluckstörung	☐ Herzerkrankung Versorgung mit ☐ Schrittmacher ☐ ICD-Implantat	☐ Panikattacken
☐ Aszites ☐ Drainage	☐ Obstipation	☐ Künstl. Ernährung ☐ PEG-Sonde ☐ parenterale Ernährung	☐ Zentr. Katheter ☐ Port ☐ ZVK	☐ sonst. kogn. Beeinträchtigungen
☐ Übelkeit	☐ Fatigue	☐ Blutungsneigung	☐ Dekubitus	☐ Unruhe
☐ Erbrechen	☐ Schwindel	☐ Krampfneigung	☐ Wunde/n	☐ Angst

Im Vordergrund stehende Symptomatik:

☐ häusliche Versorgung und Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht möglich

(Datum)

(Unterschrift behandelnder Arzt)