

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

vom behandelnden Arzt auszufüllen

Name des Patienten: _____ Geb. Datum: _____

Folgende Symptome liegen vor:

(bitte Zutreffendes ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> CADD-legacy <input type="checkbox"/> Perfusor <input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> Pleuraergüsse <input type="checkbox"/> Drainage	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Lymphödem	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> O ₂ -flüssig <input type="checkbox"/> O ₂ -Konzentr. <input type="checkbox"/> NIV-Beatmung <input type="checkbox"/> CPAP-Beatmung	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung Versorgung mit <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> ICD-Implantat	<input type="checkbox"/> Panikattacken
<input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Drainage	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Künstl. Ernährung <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Zentr. Katheter <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> sonst. kogn. Beeinträchtigungen
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Wunde/n	<input type="checkbox"/> Angst

Im Vordergrund stehende Symptomatik:

häusliche Versorgung und Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht möglich

(Datum)

(Unterschrift behandelnder Arzt)