

Bruchgasse 10 – 14 A
53894 Mechernich

Tel.: 02443 / 9814 – 0
Fax: 02443 / 9814 - 722

www.communio.nrw



**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit
vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs.1 SGB V**

<u>An die Krankenkasse:</u>	Name des Versicherten:	
Fax-Nr.:	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
<u>und an das:</u>	Straße:	
Hospiz Stella-Maris	PLZ/Ort:	
Fax-Nr.: 02443-9814-730	KV-Nr.:	
	<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose:

Stadium/ggf. Metastasierung:

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund, zu bisherigen u. aktuellen Therapien:

Zukünftige Therapien:

Bereits begonnen Schmerztherapie nach WHO-Schema:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu erwartende Schmerztherapie nach WHO-Schema:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Symptomkontrolle / Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spezielle Wundversorgung: Bei:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung der/der Betroffenen u. der Angehörigen) in der Auseinandersetzung mit Sterben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum und Unterschrift des Arztes / Stempel