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

An die Krankenkasse:

Fax-Nr.:

und an das:

Hospiz Stella-Maris

Fax-Nr.: 02443-9814-730

Name des Versicherten:	
Vorname:	
Geb.-Datum:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
KV-Nr.:	

X Erstantrag □ Folgeantrag

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose: .....

.....

.....

Stadium/ggf. Metastasierung:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Zukünftige Therapien: .....

.....

Besonderer **palliativ-medizinischer** und **palliativ-pflegerischer Bedarf** besteht in Bezug auf:

- Bereits begonnen Schmerztherapie nach WHO-Schema □ ja □ nein
- Zu erwartende Schmerztherapie nach WHO-Schema □ ja □ nein
- Symptomkontrolle / Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe) □ ja □ nein
- Spezielle Wundversorgung bei ..... □ ja □ nein
- Psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung der/der Betroffenen (u. der Angehörigen) in der Auseinandersetzung mit Sterben □ ja □ nein
- Sonstiges: ..... □ ja □ nein

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor? □ ja □ nein

Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung? □ ja □ nein

Datum und Unterschrift des Arztes / Stempel