

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

Anschrift der Krankenkasse :	Name	
	Vorname :	
Fax:	Geb.- Datum :	
	Straße :	
Hausarzt: Dr. Campean	PLZ / Ort	
Fax:	Telefon :	
	KV – Nr. :	

Erstantrag
 Folgeantrag* (nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose :

Prognose: **infaust**

Begrenzte Lebenserwartung (wenige Wochen bis Monate) ja

*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen und aktuellen Therapie:

.....

.....

Zukünftige Therapie: ausschließlich im Rahmen der palliativen Symptomkontrolle

.....

- | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche | <input checked="" type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> (Lymph-) Ödem | <input type="checkbox"/> Aszites | <input type="checkbox"/> Blutungen | <input checked="" type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Kachexie | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Neurol. Symptome | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Exulcerationen | <input type="checkbox"/> Urol. Symptome | <input checked="" type="checkbox"/> Schlafstörung |

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung | <input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen |
| <input checked="" type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema) | <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution | <input checked="" type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten | <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen | <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG) |
| <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln) | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung |

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Häusliche Versorgung ist gewährleistet	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 01621 EBM berechnungsfähig-

Dies ist ein Vordruck der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe (AOK Westfalen-Lippe, Dortmund, BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen, Signal Iduna IKK, Dortmund, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Münster, Knappschaft, Bochum, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Dortmund)

Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39 a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI

Anschrift der Krankenkasse :	Name	
	Vorname :	
Fax:	Geb.- Datum :	
	Straße :	
Hausarzt: Dr. Campean	PLZ / Ort	
Fax:	Telefon :	
	KV – Nr. :	

Name des Hospizes: Christliches Hospiz Wuppertal-Niederberg gGmbH

Aufnahme:

Anschrift des Hospizes: Höhenstr. 64, 42111 Wuppertal

**Ansprechpartner für Rückfragen:
Frau Karin Kliche**

Fax: 0202 – 26 56 98 3-69
Telefon: 0202 – 26 56 98 3-0

Name

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt

ja

nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?

ja

nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

Ja

nein

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen
(z. B. Pflegegeld/Pflegezulage)

ja

nein

wenn ja, von:

der Pflegekasse

der Beihilfestelle

dem Sozialamt

der Unfallvers.

dem Versorgungsamt

sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die vorgenannten Institutionen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, können an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

*Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor.

ja

nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.