

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a SGB V

Tel: 07381 / 93099-100

Email: alb-hospiz@samariterstiftung.de

Im Weiher 5, 72525 Münsingen

Die Hospizaufnahme ist notwendig, weil:

- Die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist
- Kurative Therapie nicht möglich ist
- palliative, medizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist
- Finalpflege nötig ist
- Krankenhausbehandlung i.S. & 39 SGB IV nicht erforderlich ist
- Ambulante Versorgung wegen pall.-pflegerischem und pall.-med. Versorgungsbedarf nicht ausreicht
- Die Versorgung im häuslichen Bereich nicht (mehr) erfolgen kann

Gründe: _____

Diagnosen: _____

Verlauf und Stadium der Erkrankung, ggf. Angaben zur Metastasierung und Prognose:

Aktuelle Medikation: **Bitte aktuellen Medikamentenplan zusenden**

Symptome

<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Respiratorische Symptome
<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Blutungen
<input type="checkbox"/> Neurologische Störung	<input type="checkbox"/> Psychische Störung	<input type="checkbox"/> Schluckstörungen
<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Aszites

Palliativ-Pflegerische und palliativ-medizinische Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Psychosoziale/seelsorgerische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung der Schmerztherapie nach WHO-Schema	<input type="checkbox"/> Versorgung von Tracheo-,Uro-,ileo-, Kolostomata
<input type="checkbox"/> Krisenintervention/Symptomkontrolle	<input type="checkbox"/> Wundversorgung(Fistel, exulcerierende Wunden)
<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung	<input type="checkbox"/> PEG vorhanden <input type="checkbox"/> Beatmung
<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Port vorhanden

Infektionskrankheiten

Liegt eine Infektionskrankheit (z.B. MRSA, Covid-19) vor?

nein ja/welche? _____

Liegt eine Immunisierung gegen Covid-19 vor?

nein ja/wann? _____

Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor?

nein ja

Hinweise/Bemerkung des Arztes

z.B. Soziale Situation, besondere Begründung, warum Verlegung aus dem Pflegeheim....

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes