KRAICHGAU HOSPIZ SINSHEIM

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

für die Hospizaufnahme • nach § 39a SGB V

Kraichgau-Hospiz Sinsheim gGmbH • Alte Waibstadter Straße 2H • 74889 Sinsheim
mail@kraichgau-hospiz.de • www.kraichgau-hospiz.de *Telefonnummer wird noch ergänzt*

01 ANGABEN ZUM PATIENTEN / ZUR PATIENTIN	
Name, Vorname:	**Geburtsdatum:**
Straße, Hausnummer:	**PLZ, Ort:**
Krankenkasse, Name und Nummer (IK): _____	**Versicherten-Nr.:**
Derzeitige Behandlung (Arzt/Klinik):	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium plus Angabe des ICD 10 Code	
Metastasen:	
Bisherige Therapien: Operativ, wenn ja, wann? _____ Chemotherapie: Wenn ja, wann? _____ Radiatio: Wenn ja, wann? _____	
Begleiterkrankungen/Unverträglichkeiten:	**Weitere relevante Angaben:**

02 EINSCHÄTZUNG DER HOSPIZBEDÜRFTIGKEIT	
☐	Die Erkrankung verläuft progredient und hat bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht?
☐	Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor?
☐	Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig/gewünscht?
☐	Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich?
☐	Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar?
☐	Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben? Falls bisher dies erfolgte, warum ist dies jetzt nicht weiter möglich?

03 ART UND UMFANG DES VERSORGUNGSBEDARFS	
Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs: (siehe auch Frage 1–6)	
_____ Ort / Datum	_____ Unterschrift / Stempel

KRAICHGAU HOSPIZ SINSHEIM

FRAGEBOGEN ZUR STATIONÄREN HOSPIZPFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

nach § 39a SGB V

Name, Vorname:	**Geb.-Datum:**
☐ Erstantrag ☐ Widerspruch ☐ Verlängerungsantrag	Aufnahme am:

01 INFEKTIONSKRANKHEITEN

☐ MRSA ☐ Norovirus ☐ Chlostridien ☐

02 ALLGEMEINE BEFUNDE

AZ:	**EZ:**	**Gewicht/Größe:**

Hautzustand/Wunden:

03 ERFORDERLICHE PALLIATIV-MEDIZINISCHE UND PALLIATIV-PFLEGERISCHE MASSNAHMEN

Intensivierte Schmerz- und Symptomkontrolle

☐ Schmerzen	☐ Erbrechen	☐ Übelkeit
☐ Durchfälle	☐ Obstipation	☐ Darmverschluss
☐ Atemnot	☐ vermehrter Speichelfluss	☐ Verschleimung d. Atemwege
☐ Aszites	☐ Müdigkeit	☐ Schlafstörungen
☐ Lähmungen	☐ Sprachstörungen	☐ Depression
☐ Ängste	☐ Spastik	☐ Krampfanfälle
☐ Verwirrtheit	☐ Delir	☐

Medikamentengabe

☐ oral	☐ s.c.	☐ i.m.
☐ i.v.	☐ Infusion	☐ Pflaster
☐ Inhalation	☐	☐

Behandlungspflege

☐ Port	☐ ZVK	☐ PEG
☐ Magensonde	☐ Dauerkatheter	☐ Cystofix
☐ Urostoma	☐ Anus Praeter	☐ Tracheostoma
☐ Drainagen	☐ BZ-Kontrollen	☐ Absaugung
☐ Sauerstoffgabe	☐ exulzerierende Wunde	☐ umfangreiche Wundversorgung

Andere Therapien

☐ Physiotherapie	☐ Lymphdrainage	☐ Atemtherapie

04 PSYCHO- / SOZIALE BETREUUNG

☐ eskalierte familiäre Konfliktsituation

☐ Familiäre Situation / soziales Umfeld

☐ komplexer psychosozialer Hilfebedarf

☐ Erforderliche psychosoziale Begleitung:

Ort / Datum	Unterschrift / Stempel