

Ergänzungsbogen für die ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V

► Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Verordnung im verschlossenen Umschlag für die MDK-Begutachtung beizufügen.

Stammdaten des Antragstellers				
Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____				
Pflegeleistungen				
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt				
Grunderkrankung				
Hauptdiagnose(n): _____				
Psychische Symptome nach ICD 10: _____				
<input type="checkbox"/> Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung				
Symptome				
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Pleuraergüsse	<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Lymphödeme	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Unruhe
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Krampfneigung	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Diarrhöe	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Panikattacken
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstige kognitive Beeinträchtigungen	
Im Vordergrund stehende Symptomatik				

Bewusstseinslage				
Bewusstsein <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> reagiert adäquat <input type="checkbox"/> reagiert nicht adäquat <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös				
Orientierung				
	Ja	Nein	teilweise	
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation gestört in Bezug auf				
Sprechen	<input type="checkbox"/>	Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	Hören <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/>
Soziale Situation				
<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung nicht möglich				

(Ort / Datum)			(Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)	