

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

Anmerkung: 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"/> Panikattacken															
<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Obstipation			<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 <table style="display: inline-table; vertical-align: top; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">Ja</td> <td style="padding: 0 10px;">Nein</td> <td style="padding: 0 10px;">teilweise</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;">Person</td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;">Ort</td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;">Zeit</td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;">Situation</td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px 10px 5px 10px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Ja	Nein	teilweise	Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein	teilweise																	
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Situation	<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																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> _____ (Datum) </div> <div style="width: 60%; text-align: center;"> _____ (Unterschrift des behandelnden Arztes) </div> </div>																			