

Stationäres Hospiz Friedrichshafen

Franziskuszentrum, Franziskusplatz 1, 88045 Friedrichshafen

Tel. 07541 / 9234 - 4111

Fax 07541 / 9234-4130

Ärztliche Bescheinigung

zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung
nach § 39a Abs. 1

Angaben zur Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Gegenwärtiger Aufenthaltsort Tel:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Anschrift.....

Versichertennummer..... Tel./Fax:.....

Pflegestufe: vorhanden beantragt

Rezeptgebührenbefreit: ja nein

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose

.....
.....
.....

Verlauf und Stadium der Erkrankung Ggf. Angabe zur Metastasierung / Prognose

.....
.....
.....

Medikation aktuell

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Aktuelle Symptome

<input type="checkbox"/> neurologische Symptome	<input type="checkbox"/> depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> körperliche Schwäche	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> urologische Symptome
<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> exulcerierende Tumore	<input type="checkbox"/> Ödeme / Lymphödeme	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Dekubitus

Palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Bedarf

<input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgerische Unterstützung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach WHO-Schema	<input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle
<input type="checkbox"/> Port vorhanden	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung
<input type="checkbox"/> s.c.- oder Port-Infusionen mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung (Port)
<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	<input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf
<input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata	

Notwendige Angaben

- Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung vor (Tage, Wochen bis wenige Monate) ja
- Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht gewährleistet ja
- Überforderung der Angehörigen / Patient/in ist alleinlebend ja
- Hospizpflege ist ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten / der Patientin ja
- Der Patient / die Patientin ist Pflegeheimbewohner/in ja
- Es liegen psychische Störungen vor ja
- Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung ja
- Es liegen Hinweise auf eine Infektionskrankheit vor ja

Wichtig!

- Bitte Original mit Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenkasse!
- Kopie zurück an das Franziskuszentrum

Datum

Unterschrift des ausfüllenden Arztes

(Arztstempel)

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 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				

(Datum)		(Unterschrift des behandelnden Arztes)		