

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**

keine  beantragt  Pflegestufe I  Pflegestufe II  Pflegestufe III  Höherstufung beantragt

**Grunderkrankung**

Hauptdiagnose(n): \_\_\_\_\_

Psychische Symptome nach ICD 10: \_\_\_\_\_

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  wach  reagiert adäquat  reagiert nicht adäquat  somnolent  komatös

Orientierung  Ja  Nein  teilweise

Person

Ort

Zeit

Situation

**Kommunikation gestört in Bezug auf**

Sprechen  Sprachverständnis  Hören  Sehen

**Soziale Situation**

Häusliche Versorgung nicht möglich

\_\_\_\_\_  
 (Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift des behandelnden Arztes)