

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** **Pflegegrad 1-** **PG_2-** **PG_3-** **PG_4-** **PG_5-**
 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

Peson

Ort

Zeit

Situation

Kommunikation gestört in Bezug auf

Sprechen Sprachverständnis Hören Sehen

Soziale Situation

Häusliche Versorgung nicht möglich

(Datum)

(Unterschrift des behandelnden Arztes)