

Ärztliche Bescheinigung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß §39a SGB V



Erstantrag

Folgeantrag

Von: \_\_\_\_\_

Bis: \_\_\_\_\_

Stammdaten des Antragstellers:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

KV.- Nr. des Antragstellers: \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: Keiner  beantragt  Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Höherstufung beantragt

Diagnosen:

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

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

Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung

Symptome:

	Schmerzen	Übelkeit	Erbrechen	Atemnot	Fatigue
	Angst	Unruhe	Verwirrtheit	Panikattacken	Krampfneigung
	Aszites	Pleuraergüsse	Dekubitus	Wunde	Kachexie
	Obstipation	Diarrhoe	Schluckstörungen	Lymphödeme	Schwindel
	Sonstige Symptome:				

Folgende Symptome stehen im Vordergrund:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bewusstseinslage:

Wach  reagiert adäquat  reagiert nicht adäquat  somnolent  komatös

Orientierung	ja	nein	Teilweise
Person			
Ort			
Zeit			
Situation			

Kommunikation gestört aufgrund: Sprache  Sprachverständnis  Hören  Sehen

