

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							
<b>Bewusstsein</b> <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> reagiert adäquat <input type="checkbox"/> reagiert nicht adäquat <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös							
<b>Orientierung</b> <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;"><b>Ja</b></td> <td style="padding: 0 10px;"><b>Nein</b></td> <td style="padding: 0 10px;"><b>teilweise</b></td> </tr> </table>					<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>teilweise</b>
<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>teilweise</b>					
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"/>				
<b>Kommunikation gestört in Bezug auf</b>							
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%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">(Datum)</div> <div style="width: 60%; border-top: 1px solid black; text-align: center;">(Unterschrift des behandelnden Arztes)</div> </div>							