

**Ergänzungsbogen: Ärztliche Verordnung für die stationäre Hospizbehandlung gemäß §39a SGB V**

St. Elisabeth-Stiftung / Hospiz St. Michael

08.01.2016 / Version: 02

St. Elisabeth-Stiftung



**Hinweis:** Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Verordnung im verschlossenen Umschlag für die MDK Begutachtung beizufügen.

**Stammdaten des Antragsstellers**

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

Pflegeleistungen:

- beantragt  
  Pflegegrad 1  
  Pflegegrad 2  
  Pflegegrad 3  
  Pflegegrad 4  
  Pflegegrad 5  
 Höherstufung beantragt

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

Psychische Symptome nach ICD10: \_\_\_\_\_

- 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	<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  Sprachverständnis  Hören  Sehen 

Soziale Situation \_\_\_\_\_

- Häusliche Versorgung nicht möglich

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