

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

St. Elisabeth-Stiftung / Hospiz Haus Maria

08.01.2016 / Version: 02



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)