

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

Altenhilfe / Hospiz Johannes

25.11.2022 / Version: 1.0

St. Elisabeth-Stiftung

**Anwendungsbereich:** Altenhilfe, Hospiz Johannes Sigmaringen**Stammdaten des Antragstellers**

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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:**
 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_____
(Ort, Datum)_____
Unterschrift des behandelnden Arztes)**Hinweis:** Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Verordnung im verschlossenen Umschlag für die MDK Begutachtung beizufügen.