

**Antrag zur Übernahme in ein Hospiz**  
**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer**  
**Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V**



(Benild-Hospiz in Illertissen Tel.: 07303/164 30 **40** Fax: 07303/164 30 **19**)

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	KV-Nr.	

Erstantrag

Folgeantrag\*

(für einen Folgeantrag sind nur die mit \* versehenen Angaben erforderlich)

**Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose:**

---



---



---

**Verlauf und Stadium der Erkrankung, ggf. Angabe zur Metastasierung / Prognose:**

---



---



---

**\*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen und aktuellen Therapie:**

---



---



---

**Zukünftige Therapie**

---



---

Begrenzte Lebenserwartung (Tage, Wochen bis wenige Monate)

ja

<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ödeme / Lymphödem	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurol. Symptome
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> exulcerierende Tumore	<input type="checkbox"/> Urologische Symptome
<input type="checkbox"/> depressive Stimmung	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf	<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

**Palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Bedarf besteht in Bezug auf:**

<input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung <input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach WHO- Schema <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln) <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen <input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG) <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf <input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen
---	---

- Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor  ja  nein
- Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung  ja  nein
- Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht gewährleistet  ja  nein
- Überforderung der Angehörigen / Patient ist alleinlebend  ja  nein
- Der Patient / die Patientin ist Pflegeheimbewohner/ in  ja  nein
- Hospizpflege ist ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten  ja

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel