

AGAPLESION HAUS SAMARIA HOSPIZ, Gießen

**Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit
nach § 39a SGB V**

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium: _____

Metastasen: nein ja welche: _____

Begleiterkrankungen: _____

- Der genannte Gast ist unheilbar erkrankt, Prognose Infaust.
- Die Lebenserwartung ist eingeschränkt (Tage, Wochen, oder wenige Monate).
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend und/oder nicht mehr durchführbar.

Allgemeine Befunde

1. AZ: _____ EZ: _____ Gewicht/Größe: _____
Haut: _____

2. Psychische Auffälligkeiten: _____

Bisherige Therapien

Operativ	nein	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	wann: _____
Chemotherapie	nein	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	wann: _____
Radiatio	nein	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	wann: _____

Derzeitige erforderliche palliative Therapie

1. Symptomkontrolle:

Schmerzen Dyspnoe Erbrechen Übelkeit
 Haut Obstipation Durchfälle Depression
 Ängste Sonstiges: _____

2. Medikamente:

oral i.v. i.m. s.c.
 Pflaster Infusion Verneblung Inhalation

Welche: _____

3. Andere Therapien:

- Chemotherapie Radiatio KG Lymphdrainage
 Atemtherapie Sonstige: _____

4. Besonderheiten:

- Port PEG/Magensonde Tracheostoma DK/Cystofix
 Urostoma Anus Praeter Wundbehandlung Sauerstoffgabe
 BZ-Kontrolle Sonstiges: _____

Psycho- / soziale Betreuung

1. Familiäre Situation / soziales Umfeld: _____

2. Erforderliche psychosoziale Begleitung: _____

Die Kosten für den Hospizplatz sind bis _____ gesichert. Es ist eine
 Kostenübernahme für weitere 4 Wochen notwendig.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift, Arztstempel)