Medizinischer Dienst Nord

Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V

☐ **Erstantrag** ☐ **Widerspruch**
☐ **Verlängerungsantrag – Aufnahme am:**
Krankenkasse:
Name, Vorname: **Geb.-Datum:**

Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium:

Metastasen: ☐ ja ☐ nein Welche:

Begleiterkrankungen:

Allgemeine Befunde:
1) AZ: EZ: Gewicht/Größe: Haut:
2) Psychische Auffälligkeiten:

Bisherige Therapien:				
	operativ	☐ ja	☐ nein	wann:
	Chemotherapie	☐ ja	☐ nein	wann:
	Radiatio	☐ ja	☐ nein	wann:

I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie

1. Symptomkontrolle: ☐ Schmerzen ☐ Dyspnoe ☐ Erbrechen
☐ Übelkeit ☐ Obstipation ☐ Durchfälle ☐ Depression ☐ Ängste ☐ Haut

2. Medikamente: ☐ oral ☐ i.v. ☐ s.c. ☐ Infusion ☐ Vernebelung ☐ Inhalation
Welche:

3. Andere Therapie:
☐ Chemotherapie ☐ Radiatio ☐ KG Lymphdrainage ☐ Atemtherapie

4. Besonderheiten:
☐ Port ☐ PEG-Magensonde ☐ Sauerstoffgabe ☐ BZ/RR-Kontrolle ☐ DK/Zysto-Fix
☐ Anus Praeter ☐ Urostoma ☐ Tracheostoma ☐ Wundbehandlung

II. Psychosoziale Betreuung:

Familiäre Situation / soziales Umfeld:

Erforderliche psychosoziale Begleitung:

Ort, Datum

Name/Unterschrift/Stempel d. Hausarztes oder Krankenhausarztes