

Diakonie Güstrow e.V.  
Hospiz Benedikt  
Zum Petershof 2  
18273 Güstrow  
03843 / 776 1877  
hospiz@diakonie-guestrow.de

**Ärztliche Bescheinigung der  
Hospiznotwendigkeit**

|               |
|---------------|
| _____         |
| Name, Vorname |
| _____         |
| geboren am    |

Grund des Antrags:

☐ vorgesehene Aufnahme am: .....

☐ Verlängerung ab: .....

Angabe zum **Aufenthalt des Versicherten** zum Zeitpunkt des Antrages:

.....  
.....

Diagnosen und Krankheitsausprägung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Liegt eine Hospiznotwendigkeit nach § 39 a SGB V Abs. 1 vor: ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang der Möglichkeiten der Versorgung von Laienhelfern in der Häuslichkeit? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

**Beschreibung des palliativen und medizinischen Versorgungsbedarf:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Arztes

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen: .....  
.....

E-Mail: MDSN@md-mv.de

Fax: 0385/48936 3999

## Bericht zum Antrag auf Hospizleistungen gemäß § 39a SGB V

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegekasse/Direktion:

Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung/des SAPV-Teams:

### Bestätigung zur stationären Hospizversorgung :

- Hospizpflege ist notwendig als

☐ stationäre

☐ teilstationäre Versorgung

Finalpflege ist notwendig

☐ ja

☐ nein

Begründung:

- Hospizversorgung ist notwendig, weil

☐ die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenem Stadium ist

☐ kurative Therapie nicht möglich ist

☐ palliativmedizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist

☐ Krankenhausbehandlung so vermieden oder verkürzt werden kann

☐ ambulante Versorgung reicht wegen pall.-pfleger. und pall.-med. Versorgungsbedarf nicht aus

Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum

1. Die vorgenannte Person befindet sich seit dem \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ im Krankenhaus/der Rehabilitationseinrichtung/der Betreuung des SAPV-Teams

Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

liegt vor: ☐ ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_ ☐ nein

wurde beantragt: ☐ ja ☐ nein

2. Diagnose(n) für die Begründung der Hospizversorgung:

Krankheitsstadium:

Bei onkologischen Erkrankungen: Metastasierung mit Angabe der Lokalisation

3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose Schweregrad der Erkrankung? Bei Folgeverordnung – zwischenzeitlicher Krankheitsverlauf!

Welche Therapie erfolgt derzeit bzw. wann wurde diese beendet?

4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a. Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane

5. Liegen psychische Störungen vor?                      ja                      nein

Wenn ja, welcher Art?

6. Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

| <i>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>                                                               | Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln | Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich | Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe | Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Mobilität</b>                                                                                           |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)                                            |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)                                                             |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Umsetzen (Transfer)                                                                                        |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches (in der Ebene)                                                     |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| <b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>                                                                      |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Waschen vorderen Oberkörpers                                                                               |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Waschen des Intimbereichs                                                                                  |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)                                                               |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| An- und Auskleiden                                                                                         |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Essen                                                                                                      |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Ernährung parenteral/PEG/PEJ                                                                               |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Trinken                                                                                                    |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung) |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma                          |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |
| Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma                                              |                                                        |                                                   |                                                                            |                                                 |

|                                                                       | Die Fähigkeit ist:             |                           |                                  |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------------|--------------------|
|                                                                       | vorhanden/<br>unbeeinträchtigt | größtenteils<br>vorhanden | in geringem<br>Maße<br>vorhanden | nicht<br>vorhanden |
| <b>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>                        |                                |                           |                                  |                    |
| Zeitliche Orientierung (kennt z. B. Tageszeit, Jahreszeit)            |                                |                           |                                  |                    |
| Verstehen von Sachverhalten und Informationen                         |                                |                           |                                  |                    |
| Mitteilen von elementare Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte) |                                |                           |                                  |                    |
| Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)                |                                |                           |                                  |                    |

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

---

---

---

---

---

9. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin