

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
AOK NordWest Die Gesundheitskasse. 58079 Hagen	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	KV-Nr.:	

Erstantrag

Folgeantrag*

(nur die mit * versehenen Angaben sind erforderlich)

Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) ja

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung/Diagnose/Stadium/Prognose:

Eine ambulante Versorgung im Haushalt oder Familie - ggf. ergänzt durch SAPV oder amb. Hospizdienst - reicht nicht aus, weil:

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

Zukünftige Therapie:

<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> (Lymph-) Ödem	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

* **Besonderer 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"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Symptomkontrolle <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG) <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung
--	---

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der Patient/die Patientin leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häusliche Versorgung ist gewährleistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Überforderung der pflegenden Angehörigen/Patient ist alleinlebend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

- Dieser Kurzbericht ist analog der Nr. 01622 EBM berechnungsfähig. -

Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI

Anschrift der Krankenkasse:	Name:	
AOK NordWest Die Gesundheitskasse. 58079 Hagen	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	KV-Nr.:	
	Telefon*:	

Name des Hospizes

(voraussichtliches) Aufnahme datum:

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigelegt

ja

nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

ja

nein

Grad ____

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen
(z. B. Pflegegeld/Pflegezulage)

ja

nein

wenn ja, von:

der Pflegekasse

der Beihilfestelle

dem Sozialamt

der Unfallvers.

dem Versorgungsamt

sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z. B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Änderungen werde ich umgehend der Kranken-/und Pflegekasse mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der AOK NordWest bzw. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

Datum, Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V und § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Prüfung der Kostenübernahme für vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach § 39a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zum Versagen der Leistung führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund kontakt@nw.aok.de oder an unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@nw.aok.de.

*Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Wir kontaktieren Sie nur im Zusammenhang mit der beantragten Leistung.