

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ELISABETHEN-HOSPIZ, Darmstadt

**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: _____

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: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Arztstempel)