

## Ergänzungsbogen für die ärztliche Verordnung palliativer Versorgung gemäß SGB V

Anmerkung: Der Ergänzungsbogen ist der ärztlichen Verordnung im verschlossenen Umschlag für die MDK-Begutachtung beizufügen.

Basisdaten und aktuelle Versorgungssituation des Antragstellers	
<input type="checkbox"/> ambulante Palliativversorgung § 37 b, SGB V <input type="checkbox"/> stationäres Hospiz § 39 a, SGB V	Einrichtung
Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Stufe I <input type="checkbox"/> Stufe II <input type="checkbox"/> Stufe III	Name: _____ Adresse: _____ Telefon-Nr.: _____ Fax: _____
Angehörige/private Pflegepersonen (bitte jeweils Namen, Adresse und Tel.-Nr. angeben)	
1.	
2.	
3.	
4.	
Grunderkrankung, Befunde und Symptome	
Hauptdiagnose(n): _____	
Psychische Erkrankungen nach ICD 10: _____	
Behandlungsansatz überwiegend palliativ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Größe: _____ Gewicht: _____ Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten: _____	
<b>Schmerzen:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelstark <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> gleichbleibend <input type="checkbox"/> zunehmend <span style="margin-left: 600px;">(z. B. bei Bewegung/Belastung)</span>	
<input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Lymphödeme <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> weitere Wunden	
<b>Schmerzmitteltherapie nach WHO-Stufenschema</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4	
Art: _____	
Häufigkeit: _____	
Port-Katheter <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Peripher venöser Zugang <input type="checkbox"/> Periduralkatheter <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe <input type="checkbox"/>	
<b>Behandlung der Atemnot</b> Medikamente <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche _____ Sauerstoffgabe <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ständig <input type="checkbox"/> Intermittierend    Std. pro Tag _____ Beatmung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht invasiv <input type="checkbox"/> Invasiv <input type="checkbox"/> Ständig <input type="checkbox"/> Intermittierend    Std. pro Tag _____	
Traten medizinische Krisen auf? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche _____	
Sind weitere medizinische Krisen zu erwarten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche _____	
_____ (Datum)	_____ (Unterschrift des behandelnden Arztes)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Sonstiges**

- Psychosoziale Unterstützung durch Ehrenamtliche  
 Psychosoziale Unterstützung durch \_\_\_\_\_  
 Beratung in ethischen Fragen

**Allgemeinzustand in Anlehnung an den Karnowski-Index**

- gelegentliche Unterstützung erforderlich; Patient kann sich jedoch weitgehend selbständig versorgen  
 erhebliche Unterstützung sowie häufige medizinische Versorgung erforderlich  
 schwer behindert; Krankenhausbehandlung angezeigt; Patient ist jedoch nicht moribund  
 Patient ist schwerkrank, Krankenhausbehandlung unerlässlich; aktive unterstützende Therapie ist erforderlich  
 Patient ist moribund, die tödlichen Prozesse schreiten rasch voran

**Bewusstsein**  wach  ansprechbar  somnolent  komatös**Orientierung** Ja Nein teilweisePerson   Ort   Zeit   Situation   **Kommunikation gestört**Sprechen  Sprachverständnis Hören  Sehen 

Hilfebedarf besteht bei folgenden Verrichtungen	Hilfebedarf			Falls ja, wie oft	
	nein	teilweise	vollständig	am Tag	in der Woche
<b>Körperpflege</b>					
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Teilwäsche ( <input type="checkbox"/> Rücken, <input type="checkbox"/> Unterleib, <input type="checkbox"/> Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zahnpflege ( <input type="checkbox"/> Prothese reinigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rasieren ( <input type="checkbox"/> elektrisch <input type="checkbox"/> nass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hose herunter und hochziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vorlagen/Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toilettenstuhl/Urinbeutel leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Ernährung</b>					
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Essen verabreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Getränke verabreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sondennahrung mittels Schwerkraft/Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sondennahrung mittels Bolusgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Mobilität</b>					
Aufstehen/Zubettgehen ( <input type="checkbox"/> mit Lifter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Drehen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterkörper ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterkörper auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oberkörper ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Oberkörper auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gehen mit Pflegeperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rollstuhl wird von Pflegeperson geschoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\_\_\_\_\_  
(Datum)\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Pflegefachkraft)