

Name des Hospizes

Straße Hausnummer

PLZ/Ort

e-Mail:

Tel.:

Fax:

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

Das o. g. Hospiz stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für:

1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Anschrift	
4	Pflegestufe	vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <small>(Aufnahme nur ab Pflegestufe I oder Eilbeantragung möglich)</small>
		beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
5	Krankenkasse	
6	Versichertennummer	
7	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Hausarzt	Name Anschrift Telefon

Die Aufnahme soll zum **nächstmöglichen** Termin erfolgen.

Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Name der Klinik/des Arztes

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Fax

Wir bitten um Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz sowie um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Datum

Antragsteller

Bestätigung der **Kostenübernahme** durch die Kranken-/Pflegekasse:

Datum

Unterschrift/Stempel

Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

für:

geboren am:

versichert bei

Krankenkasse:

Versichertennummer:

ist die vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- die progredient verläuft,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - erwarten lässt,
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist,
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und / oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Erkrankung resultiert, die Möglichkeit der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt. Damit sind neben den Angehörigen insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und familien-(ergänzende) ambulante Versorgungsformen gemeint. Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab Diagnosestellung besondere Bedeutung zu."

Folgendes Krankheitsbild liegt bei dem Versicherten vor:

- Krebserkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems
- Chronische Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung

Der Patient befindet sich:

- in der eigenen Wohnung seit
- im Krankenhaus
- in der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Name des Hospizes/ ,

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: o. g. Patient ist:

fremder Hilfe bedürftig beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
häufig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
urininkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
nachts unruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL...)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, es besteht:	

1. Diagnosen mit Angaben von Krankheitsstadien

(Angaben zur aktuellen Schwere des Krankheitsstadiums, aus dem die Notwendigkeit der Hospizbetreuung abgeleitet wird und nachvollzogen werden kann, dass häusliche Pflege nicht ausreichend ist)

- Arztbericht/letzte Epikrise, wenn vorhanden, bitte beifügen! -

2. Aktuelle Medikation inklusive Dosierung und Applikationsform

- Medikamentenplan, wenn vorhanden, bitte beifügen! -

Name des Hospizes/ ,

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte neurolog./psychiatr./psych. Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden o. Tumore	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte Demenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens
(z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Versorger/Firma
Verbände/ Dekubituspflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
ZVK/ Port	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Infusionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Harnblasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Beatmung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nicht invasiv	

Hinweise/Bemerkungen des Arztes

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert bzw. Sonstiges)

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes