

Name des Hospizes: _____
 Strasse, Hausnummer: _____
 PLZ Ort: _____
 E-Mail: _____
 Telefon: _____ Fax: _____

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

Das oben genannte Hospiz stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für:

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Name, Vorname | |
| 2 | Geburtsdatum | |
| 3 | Anschrift | |
| 4 | Pflegegrad | vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| | | 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 | |
| 8 | Hausarzt | |

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.

Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer/Bevollmächtigter

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

Datum

Stempel/Unterschrift

Name, Vorname: _____

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 und ja nein
- bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist und ja nein
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten, bei Kindern auch Jahren, erwarten lässt und ja nein
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39 a SGB V nicht erforderlich ist und ja nein
- 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. ja nein

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, Vorname:

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: oben genannter 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| völlig auf fremde Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| gehunfähig | <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, Vorname:

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

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

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens
(z. B. therapierefraktere 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"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| ZVK/Port | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Infusionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Harnblasendauerkatheter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Sauerstoffversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| PEG | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Beatmung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv | <input type="checkbox"/> nein | |

Hinweise/Bemerkungen des Arztes

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

Datum _____

Stempel/Unterschrift des Arztes _____