Formular online ausfüllen-danach ausdrucken

HOSPIZ AM SAALEBOGEN

Name des Hospizes: **Hospiz am Saalebogen**

Straße, Hausnummer: **Kleiststraße 1**

PLZ/ Ort: **07318 Saalfeld**

Email: c.vetterlein@hospiz-am-saalebogen.de

Tel.: **03671 – 827 1955** Fax: **03671 – 827 3234**

# Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen

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

| | | |
|---|---|---|
| 1 | **Name, Vorname** | |
| 2 | **Geburtsdatum** | |
| 3 | **Anschrift** | |
| 4 | **Pflegegrad** | vorhanden ☐ nein ☐ ja ☐1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 |
| | | beantragt ☐ nein ☐ ja, am: |
| 5 | **Krankenkasse** | |
| 6 | **Versicherten-Nummer** | |
| 7 | ☐ **Angehörige/r**<br>☐ **Bevollmächtigte/r**<br>☐ **Betreuer/in** | Name: _____<br>Adresse: _____<br>Tel.: _____ |
| 8 | **Hausarzt / Ärztin:** | Name: _____ Tel.: _____ |

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_____

Ansprechpartner In aus der Pflege /Sozialdienst _____Tel.: _____

Wir bitten um:

☐ Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz

☐ Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Datum: _____ Antragsteller: _____

(Eine Bitte: Den Antrag bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen, danke)

# Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

Für (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

☐die progredient verläuft und

☐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

☐die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten -bei Kindern auch Jahren -erwarten lässt und

☐eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist und

☐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 der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, 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 / in anderer Wohnung

☐im Krankenhaus

☐in der Kurzzeitpflege

☐in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (besondere Begründung erforderlich, warum eine Versorgung hier nicht mehr möglich ist!)

| Name, Vorname: |
|---|

# Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: oben genannter Patient ist:

| | | | |
|---|---|---|---|
| fremder Hilfe bedürftig beim An-und Auskleiden | ☐ ja | ☐ nein | |
| fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege | ☐ ja | ☐ nein | |
| fremder Hilfe bedürftig beim Essen | ☐ ja | ☐ nein | |
| fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes | ☐ ja | ☐ nein | |
| fremder Hilfe bedürftig | ☐ ja | ☐ nein | |
| völlig auf fremde Hilfe angewiesen | ☐ ja | ☐ nein | |
| gehunfähig | ☐ ja | ☐ nein | |
| häufig bettlägerig | ☐ ja | ☐ nein | |
| ständig bettlägerig | ☐ ja | ☐ nein | |
| Urin inkontinent | ☐ ja | ☐ nein | ☐ teilweise |
| Stuhl inkontinent | ☐ ja | ☐ nein | ☐ teilweise |
| örtlich orientiert | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| zeitlich orientiert | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| nachts unruhig | ☐ ja | ☐ nein | ☐ nicht immer |
| Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL...)? | ☐ ja | ☐ 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 | ☐ ja | ☐ nein |
| ausgeprägte neurolog./ psychiatr./ psych. Symptomatik | ☐ ja | ☐ nein |
| ausgeprägte respiratorische/ kardiale Symptomatik | ☐ ja | ☐ nein |
| ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik | ☐ ja | ☐ nein |
| ausgeprägte ulzierende /exulzierende Wunden o. Tumore | ☐ ja | ☐ nein |
| ausgeprägte urogenitale Symptomatik | ☐ ja | ☐ nein |
| ausgeprägte Demenz | ☐ ja | ☐ nein |
| Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens<br>(z. B. therapierefraktere Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstopation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.) | | |

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

| | | | Versorger/ Firma |
|---|---|---|---|
| Verbände/ Dekubitus Pflege | ☐ ja | ☐ nein | |
| ZVK/ Port | ☐ ja | ☐ nein | |
| Infusionen | ☐ ja | ☐ nein | |
| Trachealkanülen | ☐ ja | ☐ nein | |
| Harnblasendauerkatheder | ☐ ja | ☐ nein | |
| Sauerstoffversorgung | ☐ ja | ☐ nein | |
| Stoma Versorgung | ☐ ja | ☐ nein | |
| PEG | ☐ ja | ☐ nein | |
| Beatmung | ☐ ja<br>☐ invasiv<br>☐ nicht invasiv | ☐ nein | |

Hinweise/Bemerkungen des Arztes/ der Ärztin

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

| |
|---|
| |

Datum

Stempel/ Unterschrift Arzt/ Ärztin