

Name des Hospizes: **Christliches Hospiz „Haus Geborgenheit**
 Straße, Hausnummer: **Badestraße 23a**
 PLZ/Ort: **99768 Harztor OT Neustadt**
 E-Mail: **hospiz@diako-harz.de**
 Tel.: **036331-36170** Fax: **036331 36171** |

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen

Das o. g. 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"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Name _____ Anschrift _____ Telefon _____
8	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 _____

AnsprechpartnerIn aus der Pflege /Sozialdienst _____ Tel.: _____

Wir bitten um

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

 Datum

 Antragsteller

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

Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

Für (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

ist die 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!)

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 Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
gehunfähig	<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	
häufig bettlägerig (mehrmals täglich mehrere Std.)	<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
zur Persönlichkeit desorientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
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 bitte beifügen*

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

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Hilfsmittel/Versorger/Firma
Verbände/ Dekubitusversorgung	<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	

5. Hinweise/Bemerkungen des Arztes

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert, besondere Begründung wenn eine Verlegung aus einer stat. Pflegeeinrichtung erfolgen soll, bzw. Sonstiges)

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes