

ANTRAG AUF VERSORGUNG IM ☐ HOSPIZ ☐ TAGESHOSPIZ

für bzw. durch folgendes Hospiz/Tageshospiz

Name
Straße
PLZ/Ort
E-Mail
Telefon
Fax
(IK-Nr.)

und ggf. weitere Hospize/Tageshospize

Name
Straße
PLZ/Ort
E-Mail
Telefon
Fax
(IK-Nr.)

☐ Hospiz/Tageshospiz noch nicht bekannt

für bzw. durch folgenden Versicherten

Name
Geburtsdatum
Straße
PLZ/Ort
Pflegegrad vorhanden: ☐ nein ☐ ja: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V
beantragt: ☐ nein ☐ ja, am:
Krankenkasse
Versichertennummer

☐ Angehöriger Name
☐ Bevollmächtigter Anschrift
☐ Betreuer Telefon

☐ ERSTAUFNAHME

Die Zuweisung erfolgt durch

☐ Krankenhaus ☐ SAPV ☐ Haus-/Facharzt

Name
Straße
PLZ/Ort
Ansprechpartner
Telefon

☐ VERLÄNGERUNG

Die Aufnahme erfolgte am

Die Kostenübernahme gilt bis:

Ansprechpartner im Hospiz/Tageshospiz:

Name
Telefon

.....
Datum

.....
Versicherter / Bevollmächtigter / Betreuer
(Unterschrift nur bei Erstaufnahme erforderlich)

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE NOTWENDIGKEIT DER VERSORGUNG IM ☐ HOSPIZ ☐ TAGESHOSPIZ

für folgenden Versicherten:

Name
Geburtsdatum
Krankenkasse
Versichertennummer

ist die Versorgung im Hospiz bzw. Tageshospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

– bitte unbedingt Zutreffendes ankreuzen. –

- ☐ 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 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.

Folgendes Krankheitsbild liegt vor:

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

Die Patientin bzw. der Patient befindet sich:

- ☐ in der Häuslichkeit seit
- ☐ im Krankenhaus
- ☐ in der Kurzzeitpflege
- ☐ in der vollstationären Pflegeeinrichtung

Zusätzliche Angaben beim Tageshospiz:

- | | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|--|
| Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Eigengefährdung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Weglauftendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Wachkoma/außerklinische Beatmung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Transport- und Wegefähigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> eingeschränkt |
| Versorgung mit SAPV | <input type="checkbox"/> ja, seit | <input type="checkbox"/> nein | |

Die Versorgung im Tageshospiz soll in folgendem Umfang pro Woche erfolgen:

- ☐ ein bis fünf Mal ☐ ein Mal ☐ zwei Mal ☐ drei Mal ☐ vier Mal ☐ fünf Mal

Ziele der Versorgung im Tageshospiz:

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 infektiösen Erkrankungen?	<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 inkl. Dosierung und Applikationsform

– Medikamentenplan, wenn vorhanden, bitte beifügen! –

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
ausgeprägte neurologische/psychische 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 oder 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, Aszites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)

4. Fachpflegerische Maßnahmen aufgrund ärztlicher Verordnung

			Versorger/Firma
Verbände/Wundversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Intravenöse Zugänge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Infusion/Parenterale Ernährung/Pumpenversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Harnblasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Beatmung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> nicht invasiv	

5. Hinweise/Bemerkungen des Arztes

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

.....
Datum

.....
Stempel / Unterschrift des Arztes