

## Antrag auf vollstationäre Hospizversorgung im Freistaat Sachsen

1	<b>Name, Vorname</b>	
2	<b>Geburtsdatum</b>	
3	<b>Anschrift</b>	
4	<b>Pflegegrad</b>	vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
5	<b>Krankenkasse</b>	
6	<b>Versichertennummer</b>	
7	<input type="checkbox"/> <b>ges. Betreuung</b> <input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigte/r</b> <input type="checkbox"/> <b>Angehörige/r</b>	
8	<b>Hausarzt</b>	

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

**X**

\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragstellende/r

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

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift

## 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,

- bitte unbedingt Zutreffendes ankreuzen. -

- 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 § 39 a 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 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 Vers. vor:

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

### Die versicherte Person befindet sich:

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

## Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten:

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! -

### 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
<b>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens</b> (z. B. therapieresistente 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 \_\_\_\_\_

**X**  
 Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_