

Hospiz „Ellen Gorlow“
Richard-Wagner-Straße 1, 09569 Oederan

Telefon: 037292 - 65 84 14 | Fax: 037292 - 65 84 19
Mail: pflegeleitung@hospiz-oederan.de

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

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.	Versicherungsnummer	
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:

Versicherungsnummer:

ist die vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,
-bitte unbedingt Zutreffendes ausfüllen-

<input type="radio"/> die progredient verläuft und	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="radio"/> 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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="radio"/> die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten, bei Kindern auch Jahren, erwarten lässt und	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="radio"/> eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39 a SGB V nicht erforderlich ist und	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="radio"/> eine ambulante Versorgung im Haushalt, in der Familie, bei Bewohnern einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe eine Versorgung in der jeweiligen Einrichtung 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.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Folgendes Krankheitsbild liegt bei dem Versicherten vor:

- onkologische Erkrankung
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- neurologische Erkrankung
- 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 beim Lagern	<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
<p>Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)</p>	

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnungen:

	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"/> nein <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv	

Hinweise/Bemerkungen des Arztes

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

Datum

Stempel / Unterschrift des behandelnden Arztes

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung des Antrags auf Hospizleistung nach § 39a SGB Verhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die Pflegekasse beauftragt gemäß § 39a Sozialgesetzbuch Fünftes (SGB V) in Verbindung mit § 18 Abs. 1 SGB XI den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und ggf. ob und wenn ja, welcher Pflegegrad vorliegt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung(en) erfolgten Verarbeitung berührt. Meinen Widerruf kann ich an die AOK PLUS, 01058 Dresden richten oder über jeden anderen Servicekontakt aussprechen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK PLUS oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

Einwilligung zur Datenverarbeitung für die Durchführung der vollstationären Hospizpflege nach § 39a SGB V

Ich willige ein,

- dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.
- dass der MDK die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste befragt, die an meiner Pflege beteiligt sind.
- dass die AOK PLUS Unterlagen, die ich ihr über meine Mitwirkung nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus freiwillig überlassen habe, für den Zweck der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit vorliegen, an den MDK weitergeben darf.

Mein jeweiliges Einverständnis ist freiwillig. Ich kann sie einzeln oder insgesamt verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

_____ Datum

_____ Stempel / Unterschrift

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

_____ Datum

_____ Stempel / Unterschrift