

**Hospizbestätigungsbogen - per Fax an den zuständigen MDK zu leiten!**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdEK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am:						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK. Gültig bis		Datum		

**Bestätigung zur stationären/teilstationären Hospizversorgung**

Hospizpflege ist **notwendig als**  
 stationäre     teilstationäre Versorgung

Hospizversorgung ist **notwendig, weil**  
 die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist  
 kurative Therapie nicht möglich ist  
 pall.-med. Behandlung notwendig oder erwünscht ist  
 Finalpflege nötig ist  
 Krankenhausbehandlung so vermieden oder verkürzt werden kann

ambulante Versorgung reicht wegen pall.-pflegerischem und pall.-med. Versorgungsbedarf nicht aus

ab (Datum) \_\_\_\_\_

bei Verlängerung voraussichtlich notwendig bis (Datum) \_\_\_\_\_

1. Die vorgenannte Person befindet sich  
 bzw. seit dem .....20.....  
 in einem:

a) Krankenhaus

b) Kurzzeitpflege       Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde beantragt

c) vollstationäre Pflegeeinrichtung        ja       nein

oder

In der eigenen Wohnung       Bereits vorhandener Pflegegrad:

2. Diagnose(n) für die Begründung der Hospizversorgung:

3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose Schweregrad der Erkrankung? Bei Folgeverordnung – zwischenzeitlicher Krankheitsverlauf!

bei Folgeverordnung weiter ab Punkt 6

4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a.

Bewegungsapparat, Innere Organe, Sinnesorgane
5. Liegen psychische Störungen vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welcher Art?

**6. Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!**

<i>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremdübernommen
<b>Mobilität</b>				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)				
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
Waschen vorderer Oberkörper				
Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden des Oberkörpers				
An- und Auskleiden des Unterkörpers				
<b>Essen</b>				
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ				
<b>Trinken</b>				
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma				

	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ uneinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
<b>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>				
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)				
Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)				

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:**  
 Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

---



---



---



---

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
Medikation			
Injektion			

Sonstiges:

---



---



---



---



---

7. Notwendige Maßnahmen

a) Arztvisite

- täglich
  mehrmals wöchentlich
  seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen/palliativpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung (z. B. Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren)

- nein
  ja
 Wenn ja, welche?

c) Medikamente/Injektionen

8. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine stationäre/teilstationäre Hospizversorgung im Besonderen notwendig?

9. Voraussichtliche abschätzbare Dauer der Notwendigkeit einer stationären/teilstationären Hospizversorgung:

Bei teilstationärer Hospizpflege bitte ergänzend angeben die Anzahl geplanten Aufenthalte pro Woche:

..... x / Woche

10. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

11. Rückkehr in häuslichen Bereich/andere Versorgungsbereiche (Pflegeeinrichtung) möglich oder wahrscheinlich?

- ja             bei weiterer Stabilisierung  
 nein, weil     derzeit nicht ausreichend stabil     progredienter Verlauf

.....  
Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / Ärztin





► **Ärztliche Bestätigung** (§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Anschrift, (ggf. Verlegende Einrichtung)</b>	

Die letzte Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vom .....  
ergab für oben genannte Person keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckenden  
Lungentuberkulose.

**Sonstige Bemerkungen:** .....  
.....

---

Ort, Datum	Name des Arztes	Unterschrift des Arztes / Stempel
------------	-----------------	--------------------------------------

**§ 36 Infektionsschutzgesetz (Auszug)**  
(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind...



► **Antrag auf Kostenübernahme für den stationären Hospizaufenthalt**

**Für:**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsname:</b>
<b>Ansprechpartner / Name und Telefon (ggfs. Verlegende Einrichtung oder Angehöriger)</b>	
<b>Kranken-/Pflegekasse</b>	<b>Vers. Nr:</b>

Der Antrag auf Kostenübernahme für den stationären Hospizaufenthalt wird aus den im anliegenden Gutachten ersichtlichen Gründen gestellt.

**Für Rückfragen:**

Überweisender Arzt / Krankenhaus:

<b>Name:</b>	<b>Ansprechpartner</b>	
<b>Anschrift</b>	<b>Tel.</b>	<b>Fax.</b>

**Einwilligungserklärung des Versicherten**

Ich wünsche eine palliative Versorgung im oben stehenden Hospiz. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meiner Kranken- und Pflegekasse sowie dem medizinischen Dienst (MDK) von meinen behandelnden Ärzten und der Hospiz Friedensberg GmbH Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Kostenübernahme für meinen Hospizaufenthalt entscheidungsrelevant sind.

Ich ermächtige die Hospiz Friedensberg gemeinnützige GmbH die Kostenübernahme für den stationären Hospizaufenthalt in meinen Namen zu beantragen und den nötigen Schriftverkehr hierzu mit meiner Kranken- und Pflegekasse, bzw. dem MDK zu führen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Versicherte/r bzw. Bevollmächtigter  
(ggfs. Vollmacht beifügen)

**Zur besseren Vorbereitung bei Einzug ins Hospiz Friedensberg**

**Bitte unbedingt ausfüllen!**



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

MRSA / Clostridien / and.Keime \_\_\_\_\_ ja / nein

Herzschrittmacher: ja / nein

Defibrillator: ja / nein

Tracheostoma

ja/ nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Anus praeter

ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Port / ZVK

ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

PEG

ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

DK / subrapub.K.

ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wunden/Dekubitus

ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

O2-Gabe

ja / nein

Wenn ja, welcher Versorger \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Insulinpfl. Diabet.

ja / nein

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Unterschrift und Stempel