

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 dem20.....	
in einem:	
a) Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
b) Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>
c) vollstationäre Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>
oder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In der eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/> 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!	
<input type="checkbox"/> 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? ja 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
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfers)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)				
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen vorderer Oberkörper				
Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden des Oberkörpers				
An- und Auskleiden des Unterkörpers				
Essen				
Ernährung parenteral/ PEG/PEJ				
Trinken				
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/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
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