

Bericht des Krankenhauses zum Antrag auf Hospizleistungen gemäß § 39 a SGB V

Name, Vorname:  Geburtsdatum: Anschrift:  Pflegekasse/Direktion:	<u>Bestätigung zur stationären Hospizversorgung</u>  Hospizpflege ist notwendig als <input type="checkbox"/> stationäre <input type="checkbox"/> teilstationäre Versorgung  Hospizversorgung ist notwendig, weil <input type="checkbox"/> die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist <input type="checkbox"/> kurative Therapie nicht möglich ist <input type="checkbox"/> palliativ-med. Behandlung notwendig oder erwünscht ist <input type="checkbox"/> Finalpflege nötig ist <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung so vermieden oder verkürzt werden kann <input type="checkbox"/> ambulante Versorgung reicht wegen des hohen palliativ-pflegerischen und palliativ-medizinischen Versorgungsbedarfes nicht aus
Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung	

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst von den mich behandelnden Ärzten, dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern können, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen bzw. Leistungen gemäß § 39 a SGB V erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o. g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 SGB X):

Damit die Pflegekasse ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund der § 7 und § 28 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Datum:

Unterschrift Versicherter/Betreuer

1. Die vorgenannte Person befindet sich seit dem \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_  
im Krankenhaus

Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde beantragt:

ja

nein

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!

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
<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 des vorderen Oberkörpers				
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				

<i>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	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)?

---



---



---



---

Behandlungspflge (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

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. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin