

Name des Hospizes: **Hospiz „Dr.-Jahn-Haus“**
 Straße, Hausnr.: **Ernststraße 7b**
 PLZ/Ort: **98617 Meiningen**
 E-Mail: **hospiz@sozialwerk-meiningen.de**
 Tel.: **03693/456440** Fax: **03693/456444**



Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen

Das o. g. Hospiz stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für:

1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Anschrift	
4	Pflegegrad	vorhanden ☐ nein ☐ ja ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 beantragt ☐ nein ☐ ja, am: _____
5	Krankenkasse	
6	Versichertennummer	
7	☐ Angehöriger ☐ Bevollmächtigter ☐ Betreuer	Name _____ Telefon _____ Adresse _____ Name _____ Telefon _____ Name _____ Telefon _____
8	Hausarzt	Name _____ Telefon _____

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 _____
 AnsprechpartnerIn des Antragstellers _____ Tel.: _____

Wir bitten um

- ☐ Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz
- ☐ um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Datum _____

Antragsteller _____

(Den Antrag bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.)

Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

Für (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

ist die vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- ☐ 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 § 39a 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 der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, 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 dem Versicherten vor:

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

Der Patient befindet sich:

- ☐ in der eigenen Wohnung / in anderer Wohnung ☐ mit SAPV-Versorgung
- ☐ im Krankenhaus ☐ Abtlg. Geriatrie
- ☐ auf einer Palliativstation
- ☐ in der Kurzzeitpflege
- ☐ in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

(Besondere Begründung erforderlich, warum eine Versorgung hier nicht mehr möglich ist!)

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: o. g. Patient ist:

fremder Hilfe bedürftig beim An- und Auskleiden	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Essen	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Gehen	ja	nein	
gehunfähig	ja	nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Lagern	ja	nein	
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	ja	nein	
häufig bettlägerig (mehrmals täglich mehrere Std.)	ja	nein	
ständig bettlägerig	ja	nein	
urininkontinent	ja	nein	teilweise
stuhlinkontinent	ja	nein	teilweise
zur Persönlichkeit desorientiert	ja	nein	nicht immer
situativ desorientiert	ja	nein	nicht immer
örtlich desorientiert	ja	nein	nicht immer
zeitlich desorientiert	ja	nein	nicht immer
unruhig	ja	nein	nicht immer
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL...)?	ja	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 bitte beifügen*

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

ausgeprägte Schmerzsymptomatik	ja,	nein
ausgeprägte neurolog./psychiatr./psych. Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden o. Tumore	ja,	nein
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	ja,	nein
ausgeprägte Demenz	ja,	nein
Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)		

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Hilfsmittel/Versorger/Firma
Verbände/ Dekubitusversorgung	ja	nein	
ZVK/ Port	ja	nein	
Infusionen	ja	nein	
Trachealkanüle	ja	nein	
Harnblasendauerkatheter	ja	nein	
Sauerstoffversorgung	ja	nein	
Stomaversorgung	ja	nein	
PEG	ja	nein	
Beatmung	ja invasiv nicht invasiv	nein	

5. Hinweise/Bemerkungen des Arztes

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert, besondere Begründung wenn eine Verlegung aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgen soll, bzw. Sonstiges)

Datum

Stempel/Unterschrift des 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 V erhoben 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 Hilfsbedürftigkeit 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

Unterschrift Versicherter/Betreuer/Bevollmächtigter

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

Datum

Stempel/Unterschrift