Hospizbestätigungsbogen - per Fax an den zuständigen Medizinischen Dienst 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 ☐ **teil**stationäre 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 _____
in einem:

a) Krankenhaus ☐
b) Kurzzeitpflege ☐
c) vollstationäre Pflegeeinrichtung ☐

oder

In der eigenen Wohnung ☐

Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde beantragt

☐ ja ☐ nein

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 derzeitig 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!

	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 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	☐	☐	☐	☐

	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)?

	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	**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

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte (Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Hausarzt) in die Begutachtung mit einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung und Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Diese Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu versenden. Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg weitergeleitet werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen. Es findet dann keine weitere Datenverarbeitung mehr statt. Die Widerrufserklärung ist an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / der Pflegekasse zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung ihrer Daten ist bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig. Mit Ihrer Einwilligung sind die Pflege- und Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben Ihrer Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Ihre Pflegekasse benötigt die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen bzw. stationären Pflege nach §§ 36, 37, 38, 42 und 43 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter https://www.lda.brandenburg.de.

Datum | Unterschrift Versicherter(in)/Betreuer(in)

Formular wurde ausgefüllt von:

Name/Funktion/Telefon | Unterschrift

Bitte als Ergänzung zum Hospizbestätigungsbogen ausfüllen!

Informationen für die aufnehmenden Hospize **Datum:**

Für Frau/Herrn: _____

1. **Aktueller Aufenthaltsort** _____

Tel: _____ Fax: _____

2. Geplante Veränderungen/Verlegungen/Entlassung _____

3. Angehörige/Ansprechpartner

Name	
Verwandtschaftsgrad/Bezug	
Telefonnummern	Festnetz:
	Mobil:
Anschrift	Straße:
	Ort:

4. In welchem Umfang ist vorgenannte Person über ihre Situation (Erkrankung) informiert?

Voll informiert ☐

Einverstanden mit Hospizversorgung ☐

Bemerkungen: _____

_____

5. Besteht bereits eine ambulante onkologische Versorgung oder SAPV? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, durch welchen Arzt bzw. Praxis? _____

_____

Die Anlage wurde ausgefüllt von: _____

Telefonnummer für Rückfragen**:** _____

Hospiz- und Palliativ Verband Berlin e.V.