

Stand: 01.03.2008

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit vollstationärer Hospizversorgung

Name Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenkasse KV – Nr:

Anschrift der Kasse :

Bearbeiter Krankenkasse / Pflegekasse :

Tel. Fax

Notwendigkeit stationärer Hospizpflege

Erkrankung progredient verlaufend und weit fortgeschritten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Begrenzte Lebenserwartung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erforderlichkeit palliativ-medizinischer Behandlung, Heilung ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ambulante Versorgung ausreichend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Voraussichtliches Aufnahmedatum im Hospiz Radebeul: _____

1. Die vorgenannte Person befindet sich
- in der eigenen Wohnung
 - in einem Krankenhaus /Abt. für Akutkranke
 - in einem Krankenhaus /Abt. für Geriatrie
 - Palliativstation
 - in der Kurzzeitpflege
 - in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
 - in einer Rehabilitationseinrichtung

Stand: 01.03.2008

Eine Pflegestufe ist vorhanden

nein ja I II III

Vollstationäre Pflege ist beantragt

nein ja am

Patientenverfügung vorhanden
(wenn ja, bitte beifügen)

ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden
(wenn ja, bitte beifügen)

ja nein

Betreuungsverfügung vorhanden

ja nein

beantragt am.....

wenn ja, Name , Anschrift, Tel. Nr. des Betreuers

.....

Gebührenbefreiung für das Jahr 200 .. ja nein

2. Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Antragstellung (Epikrisen beifügen)

Diagnose:

3. derzeitige Medikation :

Stand: 01.03.2008

4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen, u.a. des Bewegungsapparates, der Sinnesorgane, des Kreislaufes.

5. liegen psychische Auffälligkeiten vor? ja nein

wenn ja, welche?

Wie ist die psychische Verfassung (Gemütsstimmung) ?

6. liegen Anzeichen für eine aktive Lungentuberkulose vor? ja nein

MRSA - Keime ja nein

7. Bestehen ansteckende Krankheiten ? Besteht eine Suchtkrankheit ?
 ja nein

8. Besteht eine körperliche Behinderung ? ja nein

9. Ist Diabetikerkost, Diät oder Schonkost notwendig ? ja nein

10. Herr / Frau ist

- a) imstande, allein den Haushalt zu besorgen ja nein
b) imstande, sich allein an- und auszukleiden ja nein
c) imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen ja nein

Stand: 01.03.2008

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| d) imstande, selbstständig zu essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) imstande, sich allein im Bett aufzusetzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) imstande, aus dem Bett aufzustehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) imstande, Lagewechsel im Bett selbst vorzunehmen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) imstande, allein Treppen zu steigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| i) Urininkontinent | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| j) Stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| k) ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| l) Völlig auf fremde Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| m) muss von 2 Pflegekräften versorgt werden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| n) Ist der Patient zeitlich orientiert ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| o) Ist der Patient örtlich orientiert ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| p) Ist der Patient persönlich orientiert ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| q) Ist der Patient situativ orientiert ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| r) Wie erfolgen die Toilettengänge ? | mit Hilfe | ohne Hilfe |
| s) Wie erfolgt der Transfer? | mit Hilfe | ohne Hilfe |
| t) treten nachts Unruhezustände auf ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

11. Notwendige Maßnahmen

- a) fachpflegerische Maßnahmen
(z.B. Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Trachealkanüle)
 nein ja wenn ja, welche?
- b) sonstige (z.B. Port, ZVK, Flexüle, Periduralkatheter, Schmerzpumpe)
 nein ja wenn ja, welche?

Stand: 01.03.2008

c) erforderliche med. - techn. Geräte

Sauerstoff – Konzentrator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Absauggerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vernebler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beatmungsgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die erforderlichen med. Geräte müssen vor der Verlegung bei der Kasse beantragt werden !

12. Hausarzt:

Telefon / Fax:

13. Soziale Situation

14. Besondere Bemerkungen

Hospiz-Dienste im Dresdner Umland gGmbH
Augustusweg 101 f, 01445 Radebeul
Tel.: 0351 / 830 86 73
Fax: 0351 / 830 86 75



Stand: 01.03.2008

15. Angaben zu den Angehörigen:

Name, Vorname

Anschrift:

Tel. Nr. (privat)

Tel.-Nr. (dienstlich)

Funk – Tel.

.....
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des Arztes / der Ärztin

Telefonnummer des Ansprechpartners: