

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

Das Hospiz

Name: Hospiz Radebeul - Hospiz-Dienste im Dresdner Umland gGmbH
 Strasse, Hausnummer: Augustusweg 101 f
 PLZ Ort: 01445 Radebeul
 E-Mail: info@hospiz-radebeul.de
 Telefon: 0351-8308673 / 74 Fax: 0351-8308675

beantragt vollstationäre Hospizpflege für die/den nachfolgend genannte/n Versicherte/n:

1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Anschrift	
4	Krankenkasse	
5	Versichertennummer	
6	Der Versicherte hat einen <input type="checkbox"/> Betreuer oder <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten oder <input type="checkbox"/> Angehörigen	Name, Vorname Anschrift Telefon
7	Pflegegrad	Besteht für diesen Versicherten ein Pflegegrad ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
		Oder wurde für diesen ein Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
8	Hausarzt	Titel Name, Vorname Anschrift Telefon

Die Aufnahme soll zum **nächstmöglichen** Termin erfolgen.

Die Einweisung erfolgt durch die nachstehende Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Name der Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik
 Straße Hausnr.
 PLZ Ort
 Telefon/Fax

Wir bitten um

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

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 Hilfebedürftigkeit 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

Hospiz Radebeul

Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege**für:****geboren am:**

versichert bei

Krankenkasse:**Versichertennummer:**

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

**Bitte unbedingt Zutreffendes ankreuzen**

- die progredient verläuft
- bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - erwarten lässt
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist
- 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 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 Vers. vor:

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

Der Patient befindet sich:

- in der eigenen Wohnung seit
- im Krankenhaus
- in der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Hospiz Radebeul

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: o. g. Patient ist:

fremder Hilfe bedürftig beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
häufig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
urininkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
nachts unruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL...)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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, wenn vorhanden, bitte beifügen!* -

Hospiz Radebeul

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

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

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Versorger/Firma
Verbände/ Dekubituspflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
ZVK/ Port	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Infusionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Harnblasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Beatmung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nicht invasiv	

Hinweise/Bemerkungen des Arztes

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert bzw. Sonstiges)

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes