

Antrag auf Kostenübernahme für die stationäre Aufnahme ins Hospiz (gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistung der Pflegeversicherung)

➤ Hiermit beantrage ich

Name, Vorname

Geb.-Datum

PLZ/Wohnort/Straße

Versichertennummer

Telefon

Übernahme der Kosten nach § 39 a SGB V in Verbindung mit §§ 42 und 43 SGB XI
die Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Erstantrag

Höherstufung

➤ Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

der Unfallversicherung _____
Berufsgenossenschaft Art der Pflegeleistung

dem Sozialamt _____
Art der Pflegeleistung

sonstige Stellen _____
z. B. Versorgungsamt Art der Pflegeleistung

➤ Besteht für Sie ein Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

ja

nein

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes: DRK – Hospiz Luisendomizil, Penzliner Straße 58, 17235 Neustrelitz

Telefon und Telefax des Hospizes: 03981 34904232, Fax: 03981 34904233

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Krankenversicherung/Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. 7 und § 39 a SGB V, § 94 Absatz 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegenden Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen.

Insoweit entbinde ich die oben genannten Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Name, Vorname_____
geboren am:**Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und zu bestätigen.**

- Vorgesehene Aufnahme am: _____
- Genaue Angaben zum **Aufenthaltort des Versicherten** zum Termin der Antragstellung:

- **Diagnose mit Krankheitsausprägung:**

- **Beschreibung des Allgemeinzustandes:**

- **Einschätzung laut Karnofsky Index** %

10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
moribund, unaufhaltsamer körperlicher Verfall	schwer krank, intensive med. Maßnahmen erforderlich	schwer behindert, Hospitalisation erforderlich	behindert, qualifizierte Hilfe erforderlich	Hilfe und med. Versorgung wird in Anspruch genommen	einige Hilfestellungen nötig, selbständig in den meisten Bereichen	Selbstversorgung, normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich	normale Aktivität mit Anstrengung möglich, deutliche Symptome	fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome	keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit

- **Bedarf an palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Versorgung**

- **Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang der Versorgung die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit.**

 ja nein_____
Datum_____
Stempel/Unterschrift/Telefonnummer
des Arztes

Hospizbestätigungsbogen - per Fax an den zuständigen MDK 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 teilstationäre 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) _____

<p>1. Die vorgenannte Person befindet sich bzw. seit dem20..... in einem:</p> <p>a) Krankenhaus <input type="checkbox"/></p> <p>b) Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde beantragt</p> <p>c) vollstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>oder</p> <p>In der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> Bereits vorhandener Pflegegrad:</p>	
<p>2. Diagnose(n) für die Begründung der Hospizversorgung:</p>	
<p>3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose Schweregrad der Erkrankung? Bei Folgeverordnung – zwischenzeitlicher Krankheitsverlauf!</p>	
<p><input type="checkbox"/> bei Folgeverordnung weiter ab Punkt 6</p>	
<p>4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a.</p>	

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
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 vorderer Oberkörper				
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)?

Behandlungspflege (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

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