Name des Hospizes: **Schwarzatalhospiz Katzhütte**
Straße: Oelzer Str. 13
PLZ/Ort: 98746 Katzhütte
E-Mail: info@schwarzatalhospiz.de
Tel.: 036781 258510 **Fax: 036781 2585299**

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 O nein O ja, Pflegegrad: beantragt O nein O ja, am:
5	**Krankenkasse**	
6	**Versichertennummer**	
7	O **Angehöriger** O **Bevollmächtigter** O **Betreuer**	Name _____ Telefon_____ Adresse _____ Name _____ Telefon_____ Name _____ Telefon_____
8	**Hausarzt**	Name _____ Telefon_____
9	**Implantate**	O Defibrillator O Herzschrittmacher (Ausschaltung notwendig)

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

Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Antragsteller
Klinik/Arztpraxis

Stempel/ Unterschrift

Ansprechpartner _____ Tel.:_____

Wir bitten um

O Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz

O um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

_____ Schwarzatalhospiz

Datum Antragsteller (Hospiz)

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,

- O die progredient verläuft und
- O 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
- O die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - erwarten lässt und
- O eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist und
- O 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:

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

Der Patient befindet sich:

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

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

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten:

Der Patient ist:

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

2. Aktuelle Medikation inklusive Dosierung und Applikationsform

(Medikamentenplan bitte beifügen)

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

	ja	nein
ausgeprägte Schmerzsymptomatik	O	O
ausgeprägte neurolog./psychiatr./psych. Symptomatik	O	O
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	O	O
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	O	O
ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden o. Tumore	O	O
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	O	O
ausgeprägte Demenz	O	O

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

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

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

Ihre 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 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die Kranken-/Pflegekasse beauftragt gemäß § 39a SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 1 SGB XI den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung, ob die Voraussetzung der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und ggf. ob und wenn ja, welcher Pflegegrad vorliegt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgten 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.
Bei Widerruf wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse. Bei Fragen wenden Sie sich bitte ebenfalls an Ihre Krankenkasse oder an den jeweiligen Datenschutzbeauftragten.

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 meine Krankenkasse 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 es einzeln oder insgesamt verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

_____ _____

Datum Unterschrift Versicherter/Betreuer/Bevollmächtigter