

Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen

Das Caritashospiz Mutter Teresa Heilbad Heiligenstadt stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege für:

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Name, Vorname | |
| 2 | Geburtsdatum | |
| 3 | Anschrift | |
| 4 | Pflegegrad | vorhanden <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 |
| | | beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ |
| 5 | Krankenkasse | |
| 6 | Versichertennummer | |
| 7 | <input type="checkbox"/> Angehöriger | Name _____ |
| | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter | Anschrift _____ |
| | <input type="checkbox"/> Betreuer | Telefon _____ |
| 8 | Hausarzt | Name _____ |
| | | Anschrift _____ |
| | | Telefon _____ |

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

Die Einweisung erfolgt durch die Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Name der Klinik/des Arztes: _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

AnsprechpartnerIn aus der Pflege /Sozialdienst _____ Tel.: _____

Wir bitten um

Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz

um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Datum

Caritashospiz Mutter Teresa

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,

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

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

Der Patient befindet sich:

- in der eigenen Wohnung / in anderer Wohnung mit SAPV-Versorgung
- im Krankenhaus Abtlg. Geriatrie
- in der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

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

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 Gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| gehunfähig | <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 | |
| häufig bettlägerig (mehrmals täglich mehrere Std.) | <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 |
| zur Persönlichkeit desorientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| situativ desorientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| örtlich desorientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| zeitlich desorientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 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 bitte beifügen*

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

| | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| ausgeprägte Schmerzsymptomatik | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| ausgeprägte neurolog./psychiatr./psych. Symptomatik | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden o. Tumore | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| ausgeprägte Demenz | <input type="checkbox"/> ja, | <input type="checkbox"/> nein |
| <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

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

5. Hinweise/Bemerkungen des Arztes

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert, besondere Begründung wenn eine Verlegung aus einer stat. 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 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB i) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die Kranken / 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. 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 Dienst 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