

Christliches Hospiz "St. Martin" Am Buchenberg 20 99097 Erfurt Tel. 0361-219271-0 Fax 0361-219271-10 <u>www.hospiz-erfurt.com</u> <u>info@hospiz-erfurt.com</u>	<h1>Ärztliche Bescheinigung</h1> <p>über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege</p>	
---	---	---

Das oben genannte Hospiz stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen für:

<b>Name, Vorname</b> <b>* Geburtsdatum</b>		*
<b>Anschrift</b>		
<b>Krankenkasse / Versichertennummer</b>		
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5  <input type="checkbox"/> beantragt am:	
<input type="checkbox"/> <b>Betreuer</b> <input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigter</b> <input type="checkbox"/> <b>Angehöriger</b> <small>Verwandtschaftsverhältnis:</small> _____ <input type="checkbox"/> <b>Vertrauensperson</b>	Name _____ Anschrift _____ Telefon _____	
<b>Hausarzt</b>	Name _____ Anschrift _____ Telefon _____	

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

Die Bescheinigung der Notwendigkeit erfolgt durch die Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis / Klinik / SAPV

Name der Klinik/des Arztes \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon (**direkte Durchwahl**) \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner \_\_\_\_\_

<b>Wird vom Hospiz ausgefüllt</b>	<input type="checkbox"/> <b>ERSTANTRAG</b>	<input type="checkbox"/> <b>FOLGEANTRAG</b>
Es wird hiermit beantragt:		
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme der stationären Hospizversorgung / Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz gem. § 39a Abs.1 SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI.		
<input type="checkbox"/> Weitere Kostenübernahme bei Folgeantrag. (weiter mit Seite 3 + 4)		
Datum	Unterschrift	Einrichtungs-Stempel

**Bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.**

--	--	--	--	--	--

## Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

**Für (Name, Vorname):** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_

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 allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien-) ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

**SAPV ist involviert**

Palliativnetzwerk Thüringen Team Erfurt

Palliative Care Team Weimar

anderes SAPV-Team: \_\_\_\_\_

**SAPV nicht mehr ausreichend**

**Wiederholte Krankenhausaufenthalte zur Symptomkontrolle sollen vermieden werden!**

Folgendes Krankheitsbild liegt bei der Versicherten/ dem Versicherten vor:

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

Die Patientin/ Der Patient befindet sich:

- in der eigenen Wohnung / in anderer Wohnung:
- im Krankenhaus     Palliativstation     andere:
- in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung  
(Besondere Begründung am Antragsende erforderlich, warum eine Versorgung hier nicht mehr möglich ist!)

**Bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.**

V	N	Geburtsjahr JJJJ			

**Ermittlung der Hilfebedürftigkeit**

Hilfe bedürftig beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Hilfe bedürftig beim Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Hilfe bedürftig bei Verlassen des Bettes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Hilfe bedürftig beim Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Hilfe bedürftig beim Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Hilfe bedürftig bei der Organisation der Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
überwiegend bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Immobil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
aufgrund Fachspez. überw. durch 2 PK zu versorgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
<input type="checkbox"/> urininkontinent <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Desorientiertheit <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Wahrnehmungsbeeinträchtigung (z. B. Sehen / Hören)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
<input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> wechselnd
Ist die Patientin / der Patient frei von ansteckenden Krankheiten / Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL, ...)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, es besteht:	

**1. Hospizrelevante Diagnosen mit Angaben von Krankheitsstadien**

(Angaben zum aktuellen Krankheitsstadium, aus dem die Notwendigkeit der Hospizbetreuung abgeleitet wird. Arztbericht/letzte Epikrise, wenn vorhanden, bitte beifügen!)

**2. Aktuelle Medikation: Basis- und Bedarfsmedikation inklusive Dosierung und Applikationsform**

(ggf. Medikationsplan als Anlage beifügen)

**Bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.**

V	N	Geburtsjahr JJJJ			

**3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:** (Zutreffendes bitte ankreuzen + ggf. spezifizieren)

<input type="checkbox"/> Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> weitere Therapieoptimierung erforderlich <input type="checkbox"/> therapierefraktäre Schmerzen
<input type="checkbox"/> neurologische/ psychiatrische/ psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Desorientiertheit <input type="checkbox"/> Todesangst <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit
<input type="checkbox"/> respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> Ruhedyspnoe <input type="checkbox"/> Insuffizienzsymptomatik <input type="checkbox"/> Erstickungsangst/ -anfälle <input type="checkbox"/> Pleuraerguß
<input type="checkbox"/> gastrointestinale / urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/> ulzerierende/ exulzerierende Wunden / Tumore	<input type="checkbox"/> aufwendiges Verbandsregime <input type="checkbox"/> ästhetisches Defizit <input type="checkbox"/> Geruchsbelastung
<input type="checkbox"/> Fatigue – Syndrom	<input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> end of life realizing <input type="checkbox"/> Gefühl physischer/ psychischer Überforderung
<input type="checkbox"/> andere Symptomatik	<input type="checkbox"/> Eiweißmangelödem <input type="checkbox"/> Lymphödem <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**4. Fachpflegerische Maßnahmen** (Zutreffendes bitte ankreuzen / ggf. Spezifizierung: Größe, Vorversorger, Homecare, ...)

aufwendiges Wundmanagement	<input type="checkbox"/>	
Dekubitusversorgung	<input type="checkbox"/>	
ZVK- / PORT- Versorgung	<input type="checkbox"/>	
Infusionen / parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/>	
invasive Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	
Harnblasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/>	
Drainagen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEG <input type="checkbox"/> nahrungsfördernd <input type="checkbox"/> sekretableitend	<input type="checkbox"/>	
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/>	
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>	
Beatmung <input type="checkbox"/> invasiv <input type="checkbox"/> nicht invasiv	<input type="checkbox"/>	
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/>	
spez. Palliativpflegemaßnahmen in der Finalphase (incl. Begleitung der Zugehörigen)	<input type="checkbox"/>	

**5. Soziale Situation / Begründung**

(soziale Situation, welche häusliche Pflege verhindert – besondere Begründung, wenn eine Verlegung aus einer stationären Pflegeeinrichtung erfolgen soll – Begründung des Folgeantrages - Sonstiges)

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen.

Christliches Hospiz "St. Martin"  
Am Buchenberg 20  
99097 Erfurt  
Tel.0361-219271-0  
Fax 0361-219271-10  
info@hospiz-erfurt.com

Datenschutzhinweis  
zur Bearbeitung des  
Antrages auf Hospizleistung  
nach § 39a SGB V



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 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