

# Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege im „Hospiz Siloah“

Christliche Hospiz Ostsachsen gGmbH, Stationäres Hospiz Siloah, Comeniusstr. 12,  
02747 Herrnhut, Tel: 035873/ 362060 Fax: 035873/362066 Email:pdl@hospiz-ostsachsen.de

Für.....  
Name, Vorname/Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse/ Mitgliedsnummer

ist die stationäre Versorgung **Hospiz Siloah** notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

die progredient verläuft und ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat

bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist

die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist

und die ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische oder palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus der Erkrankung resultiert, in seiner Art und Umfang die Möglichkeiten von Angehörigen und ( familiär ergänzenden ambulanten Versorgungsformen ) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung, regelmäßig übersteigt

## Folgendes Krankheitsbild liegt bei dem Versicherten vor :

- Fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
- Endzustand einer chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.

( Zutreffendes ankreuzen )

**Die Aufnahme in das stationäre Hospiz soll möglichst ..... erfolgen**

---

Ort/ Datum

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Arztstempel

## Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....

Anschrift.....

### 1. Die vorgenannte Person

ist fremder Hilfe bedürftig beim an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist fremder Hilfe bedürftig beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist fremder Hilfe bedürftig beim Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist Urininkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist häufig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
ist zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
ist Nachts unruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer

Eine Pflegestufe ist vorhanden  nein  ja I II III  
( Aufnahme nur ab Pflegestufe I oder Eilbeantragung möglich )

Pflegestufe ist beantragt  nein  ja am.....

Vorsorgevollmacht vorhanden  nein  ja Betreuungsverfügung ist vorhanden  nein  ja

### 2. Diagnose(n)

.....  
.....

(zeitnahe Epikrise kann beigefügt werden )

3. Liegen geistig – seelische Behinderungen oder Störungen vor?  nein  ja

Wenn ja, welche ?.....

4. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten ( auch Tbc) .....

5. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung durch Pflegekräfte ( z.B. Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege oder Trachealkanüle, Katheterisieren)

nein  ja wenn ja, welche.....

sonstige Maßnahmen (z.B. Port, ZVK, Periduralkatheter, ggf. Schmerztherapie, Schmerzpumpe,)

nein  ja wenn ja, welche.....

6. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:.....

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort ,Datum