



**Stationäres Hospiz Siloah**

Comeniusstr. 12  
02747 Herrnhut  
Tel: 035873/ 362060  
Fax: 035873/362066  
Email: stationaer@hospiz-ostsachsen.de

**Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege**

**Für**.....  
**Name, Vorname/Geburtsdatum**

.....  
**Krankenkasse/ Mitgliedsnummer**

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

die progredient verläuft und ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht und ein komplexes Beschwerdebild mit einer ausgeprägten klinischen Symptomatik 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 am ..... erfolgen**

Ort/ Datum

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Arztstempel



**Stationäres Hospiz Siloah,**  
Comeniusstr.12, 02747 Herrnhut,  
Tel: 035873/362060 Fax: 035873/362066  
E-Mail: [stationaer@hospiz-ostsachsen.de](mailto:stationaer@hospiz-ostsachsen.de)

## Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

<b>1.</b>	<b>Name, Vorname</b>	
<b>2.</b>	<b>Anschrift</b>	Straße, Hausnummer
		PLZ, Ort
<b>3.</b>	<b>Geburtsdatum</b>	
<b>4.</b>	<b>Pflegestufe</b>	vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III ( Aufnahme nur ab Pflegestufe I oder Eilbeantragung möglich)
		beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am.....

### Angaben zum Patienten

Die vorgenannte Person 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 Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
häufig bettlägerig	<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
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
nachts unruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer

<b>Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc) ?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein,
---	-----------------------------	--------------------------------

### 1. Diagnosen mit Angaben von Krankheitsstadien

( Angaben zum aktuellen Krankheitsstadium, aus dem die Notwendigkeit der Hospizbetreuung abgeleitet wird )

Bitte Arztbericht beifügen!

### 2. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch

ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte neurologische /psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte respiratorische /kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte ulzerierende /exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens:

( z.B. Therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen Durchfälle schwere Obstipation )

### 3. Aktuelle Medikation inklusive Dosierung und Applikationsform

Bitte Medikamentenplan beifügen

#### 4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

Verbände/ Dekubituspflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
ZVK/ Port	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Infusionen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Harnblasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,

#### Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
des Arztes