

Stationäres Hospiz Siloah Bischofswerda  
Dresdener Str. 17  
01877 Bischofswerda  
E-Mail: bischofswerda@hospiz-ostsachsen.de  
Tel.: 03594/25630-0 · Fax: 03594/25630-10

## Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Sachsen

1 Name, Vorname .....

2 Geburtsdatum .....

3 Anschrift .....

4 Pflegegrad vorhanden  nein  ja  1  2  3  4  5  
beantragt  nein  ja, am: .....

5 Krankenkasse .....

6 Versichertennummer .....

7  Betreuer Name .....

Bevollmächtigter Anschrift .....

Angehöriger .....

Hausarzt Telefon .....

8  Betreuer Name .....

Bevollmächtigter Anschrift .....

Angehöriger .....

Hausarzt 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

Um Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im stationären Hospiz sowie um Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wird hiermit gebeten.

..... Datum Antragsteller

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Kranken-/Pflegekasse:

..... Datum  Unterschrift/Stempel

# Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

für:

geboren am:

versichert bei

Krankenkasse

Versichertennummer

ist die vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

– bitte unbedingt Zutreffendes ankreuzen. –

- die progredient verläuft
- bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der Patientin bzw. dem Patienten erwünscht ist
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwarten lässt
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne § 39a SGB V nicht erforderlich ist
- 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 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 Vers. vor:

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

## Der Patient befindet sich:

- in der eigenen Wohnung seit .....
- im Krankenhaus
- in der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

# 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 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	<input type="checkbox"/> teilweise
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
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
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, wenn vorhanden, bitte beifügen! –

**3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:**

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

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens (z.B. therapieresistente Schmerzen, Ruhedyspnoe, Ersticken, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o.ä.)

**4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung** – Medikamentenplan, wenn vorhanden, bitte beifügen! –  
Versorger/Firma

- Verbände/Dekubituspflege  ja  nein
- ZVK/Port  ja  nein
- Infusionen  ja  nein
- Trachealkanüle  ja  nein
- Harnblasendauerkatheter  ja  nein
- Sauerstoffversorgung  ja  nein
- Stomaversorgung  ja  nein
- PEG  ja  nein
- Beatmung  ja  nein  
 invasiv  nicht invasiv

**Hinweise/Bemerkungen des Arztes** (soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert bzw. Sonstiges)

Datum



Stempel/Unterschrift des Arztes