

Antrag auf vollstationäre Pflege im Hospiz



Das Hospiz

Name: Hospiz Haus Geborgenheit
 Strasse, Hausnummer: Badestr. 23 a
 PLZ Ort: 99768 Harztor OT Neustadt
 E-Mail: hospiz-neustadt@doceins.de
 Telefon: 036331 / 36170 Fax: 036331 / 36171

beantragt vollstationäre Pflege im Hospiz für die/den nachfolgend genannte/n Versicherte/n:

1	Name, Vorname(n)	
2	Geburtsdatum	
3	vollständige Anschrift	(Name, Anschrift u. Telefonnummer eintragen)
4	Kranken- / Pflegekasse	
5	Versichertennummer	
6	Der Versicherte hat einen <input type="checkbox"/> Betreuer oder <input type="checkbox"/> Bevollmächtigten oder <input type="checkbox"/> Angehörigen	(Name, Anschrift u. Telefonnummer eintragen)
7	Pflegegrad	derzeitiger Pflegegrad der/des Versicherten <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
		oder wurde für diesen ein Pflegegrad beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt am:
8	Hausarzt	(Name, Anschrift u. Telefonnummer eintragen)

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

Die Einweisung erfolgt durch die nachstehende Arztpraxis/Gemeinschaftspraxis/Klinik:

Wir bitten um

- Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz.
- Veranlassung der Eil-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Datenschutzhinweise

Die 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 Pflegekasse beauftragt gemäß § 39a Sozialgesetzbuch Fünftes (SGB V) in Verbindung mit § 18 Abs. 1 SGB XI den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. MEDICPROOF für Privatversicherte mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Hospiz- bzw. Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und ggf. ob und wenn ja, welcher Pflegegrad vorliegt.

Zur Erhebung und weiteren Verarbeitung inkl. der Datenübermittlung an den MDK / MEDICPROOF bitten wir um Ihre Einwilligung. Diese ist freiwillig. Sie können die Einwilligung später jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt aber Verarbeitung Ihrer Daten, die vor Ihrem Widerspruch verarbeitet wurden, nicht. Meinen Widerruf kann ich an die zuständige Krankenkasse richten oder über jeden anderen Servicekontakt aussprechen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Krankenkasse oder den bei der Krankenkasse gemeldeten Datenschutzbeauftragten.

Weitere Fragen zu Datenverarbeitung, zu Datenschutz und Ihren Rechten erhalten Sie bei Bedarf bei unserem Datenschutzbeauftragten. Sie erreichen diesen per E-Mail dsb.hospiz@online.de oder telefonisch unter 0163/1636495.

Einwilligung zur Datenverarbeitung für die beantragte vollstationäre Pflege im Hospiz nach § 39a SGB V

Ich willige ein,

- dass der Medizinische Dienst / MEDICPROOF 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 / MEDICPROOF die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste befragt, die an meiner Pflege beteiligt sind.
- dass die 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 / MEDICPROOF weitergeben darf.

Die jeweilige Einwilligung ist freiwillig.

Ich kann sie einzeln oder insgesamt verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer/Bevollmächtigter

Bestätigung der **Kostenübernahme** durch die Kranken-/Pflegekasse:

Datum

Stempel/Unterschrift

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
- im Krankenhaus
- 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