Antrag auf vollstationäre Pflege im Hospiz

Hospiz Haus Geborgenheit

Das Hospiz

Name:	Stiftung Hospiz Haus Geborgenheit
Strasse, Hausnummer:	Badestraße 23 a
PLZ Ort:	99768 Harztor OT Neustadt
E-Mail:	willkommen@hospiz-geborgenheit.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 ☐ **Betreuer** oder ☐ **Bevollmächtigten** oder ☐ **Angehörigen**	(Name, Anschrift u. Telefonnummer eintragen)
7	**Pflegegrad**	derzeitiger Pflegegrad der/des Versicherten ☐ nein ☐ ja ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
		oder wurde für diesen ein Pflegegrad beantragt? ☐ nein ☐ 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	☐ ja	☐ nein	
fremder Hilfe bedürftig bei der Körperpflege	☐ ja	☐ nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Essen	☐ ja	☐ nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Verlassen des Bettes	☐ ja	☐ nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Gehen	☐ ja	☐ nein	
gehunfähig	☐ ja	☐ nein	
fremder Hilfe bedürftig beim Lagern	☐ ja	☐ nein	
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	☐ ja	☐ nein	
häufig bettlägerig (mehrmals täglich mehrere Std.)	☐ ja	☐ nein	
ständig bettlägerig	☐ ja	☐ nein	
urininkontinent	☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
stuhlinkontinent	☐ ja	☐ nein	☐ teilweise
zur Persönlichkeit desorientiert	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
situativ desorientiert	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
örtlich desorientiert	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
zeitlich desorientiert	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
unruhig	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten/Keimen (z. B. Tbc, MRSA, ESBL…)?	☐ ja	☐ 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	☐ ja,	☐ nein
ausgeprägte neurolog./psychiatr./psych. Symptomatik	☐ ja,	☐ nein
ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik	☐ ja,	☐ nein
ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik	☐ ja,	☐ nein
ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden o. Tumore	☐ ja,	☐ nein
ausgeprägte urogenitale Symptomatik	☐ ja,	☐ nein
ausgeprägte Demenz	☐ ja,	☐ nein
Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)		

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Hilfsmittel/Versorger/Firma
Verbände/ Dekubitusversorgung	☐ 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 ☐ invasiv ☐ nicht invasiv	☐ 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