



Name des Hospizes: **Hospiz am Saalebogen**  
 Straße, Hausnummer: **Kleiststraße 1**  
 PLZ/ Ort: **07318 Saalfeld**  
 Email: [f.maelzer@hospiz-am-saalebogen.de](mailto:f.maelzer@hospiz-am-saalebogen.de)  
 Tel.: **03671 – 827 1954** Fax: **03671 – 827 3234**

## Antrag auf vollstationäre Hospizpflege im Freistaat Thüringen

Das o.g. Hospiz stellt hiermit den Antrag auf vollstationäre Pflege für:

1	<b>Name, Vorname</b>	
2	<b>Geburtsdatum</b>	
3	<b>Anschrift</b>	
4	<b>Pflegegrad</b>	vorhanden <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 beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:
5	<b>Krankenkasse</b>	
6	<b>Versicherten-Nummer</b>	
7	<input type="checkbox"/> <b>Angehörige/r</b> <input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigte/r</b> <input type="checkbox"/> <b>Betreuer/in</b>	Name: _____ Adresse: _____ Tel.: _____
8	<b>Hausarzt / Ärztin:</b>	Name: _____ Tel.: _____

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 \_\_\_\_\_

Ansprechpartner In aus der Pflege /Sozialdienst \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Wir bitten um:

- Entscheidung zur palliativmedizinischen Versorgung im Hospiz  
 Veranlassung der Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Datum: \_\_\_\_\_ Antragsteller: \_\_\_\_\_

(Eine Bitte: Den Antrag bitte vollständig und deutlich lesbar ausfüllen, danke)

# Bescheinigung des Arztes über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

Für (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

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!)

Name, Vorname:

## Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Angaben zum Patienten: oben genannter 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
gehunfähig	<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	
Urin inkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Stuhl inkontinent	<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! -

Name, Vorname:

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 ulzierende /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

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens

(z. B. therapierefraktere Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen, Durchfälle, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Ascites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle o. ä.)

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Verordnung

			Versorger/ Firma
Verbände/ Dekubitus Pflege	<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	
Trachealkanülen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Harnblasendauerkatheder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stoma Versorgung	<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	

Hinweise/Bemerkungen des Arztes/ der Ärztin

(soziale Situation, die häusliche Pflege verhindert bzw. Sonstiges)

Datum

Stempel/ Unterschrift Arzt/ Ärztin