

Anmeldung ROTARY-HOSPIZ

| | |
|------------------------------|---|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Konfession: |
| Geburtsort: | Geburtsname: |
| Straße und Hausnummer: | |
| PLZ, Wohnort: | |
| Telefon (Festnetz u. mobil): | |
| Hausarzt: | |
| Diagnose: | |
| Infektionskrankheiten: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche: |
| Krankenkasse: | |
| Pflegegrad: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher: Beantragt <input type="radio"/> |
| Aufnahme: | Sobald als möglich <input type="radio"/> Zu einem späteren Zeitpunkt <input type="radio"/> |
| Aufklärung: | Patient ist über Krankheitszustand aufgeklärt Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> |
| Einverständnis: | Patient ist mit Hospizaufnahme einverstanden Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> |
| Ärztliche Bescheinigung: | Unterlagen anbei <input type="radio"/> Folgen zeitnah <input type="radio"/> |
| Ambulanter Pflegedienst: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher: |
| Ambulanter Hospizdienst: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welcher: |
| Palliativ-Team (SAPV): | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welches: |
| Patientenverfügung: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> |
| Vorsorgevollmacht: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Wer ist Bevollmächtigter: |
| Gesetzlicher Betreuer: | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Wer ist Betreuer: |

Name der Bezugsperson (Beziehung zum Angemeldeten)

| | |
|------------------------------|--|
| Name, Vorname: | |
| Telefon (Festnetz u. mobil): | |
| Name, Vorname: | |
| Telefon (Festnetz u. mobil): | |

Datum

Unterschrift (Angehöriger / Gesetzlicher Betreuer)

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme

nach §39a SGB V

Angaben zum Patient / zur Patientin

| | |
|-------------------------------------|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| PLZ, Wohnort: | |
| Krankenkasse, Versicherten-Nr.: | |
| Derzeitige Behandlung (Arzt/Klinik) | |

| | |
|---|--|
| Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium, plus Angabe des ICD 10 Code : | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------------|--|
| Metastasen: | |
| | |

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Bisherige Therapien: | Operativ: Wenn ja, wann? |
| | Chemotherapie: Wenn ja, wann? |
| | Radiatio: Wenn ja, wann? |

| | |
|----------------------|--|
| Begleiterkrankungen: | |
| | |

| | |
|---|-----------------------|
| 1. Die Erkrankung verläuft progredient und hat bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht | <input type="radio"/> |
| 2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor | <input type="radio"/> |
| 3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig/erwünscht | <input type="radio"/> |
| 4. Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich | <input type="radio"/> |
| 5. Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar | <input type="radio"/> |
| 6. Eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, gemäß § 43 SGB XI, ist unzureichend oder nicht gegeben. Falls dies bisher erfolgte, warum ist dies jetzt nicht mehr möglich? | <input type="radio"/> |

Art und Umfang des sich aus der Erkrankung ergebenden Versorgungsbedarfs: (siehe auch Frage 1 – 6)

Ort / Datum
Unterschrift / Stempel

Frage zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach §39a SGB V

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am:

Infektionskrankheiten

MRSA Norovirus Clostridien

Allgemeine Befunde

AZ: EZ: Gewicht/Größe:

Hautzustand:

Erforderliche palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen

- Intensivierte Schmerz- und Symptomkontrolle
 Schmerzen Erbrechen Übelkeit Durchfälle Obstipation Darmverschluss
 Atemnot vermehrter Speichelfluss Verschleimung der Atemwege Aszites
 Müdigkeit Schlafstörungen Lähmungen Sprachstörungen Depression Angst
 Spastik Krampfanfälle Verwirrtheit Delir

Medikamentengabe

- oral s.c. i.m. i.v. Infusion Pflaster Inhalation
 Atemnot vermehrter Speichelfluss Verschleimung der Atemwege Aszites
 Müdigkeit Schlafstörungen Lähmungen Sprachstörungen Depression Angst
 Spastik Krampfanfälle Verwirrtheit Delir

Behandlungspflege

- Port ZVK PEG Magensonde Dauerkatheter Suprapub. Fistel Urostoma
 Anus praeter Tracheostoma Drainagen BZ-Kontrollen Absaugen
 Sauerstoffgabe exulzierende Wunde umfangreiche Wundversorgung

Andere Therapien

- Physiotherapie Lymphdrainage Atemtherapie

Psychoziale Betreuung

eskalierte fam. Konfliktsituation

Fam. Situation / soziales Umfeld

komplex. psychosozialer Hilfebedarf

Erforderliche psychosoz. Begleitung

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Grad der Selbstpflege

| | | |
|-------------------------|--------------|-----------------------|
| Patient – Name, Vorname | Geburtsdatum | Bisheriger Pflegegrad |
|-------------------------|--------------|-----------------------|

| | selbstständig | überwiegend selbstständig | überwiegend unselbstständig | unselbstständig | Häufigkeit in 24 Std. |
|---|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------------|
| Körperpflege | | | | | |
| Waschen Oberkörper | | | | | |
| Waschen Unterkörper | | | | | |
| Waschen Hände/Gesicht | | | | | |
| Duschen/Baden | | | | | |
| Zahn-/Prothesenpflege | | | | | |
| Kämmen | | | | | |
| Rasieren | | | | | |
| Blasen-/Darmentleerung | | | | | |
| Wasserlassen/Stuhlgang/Nachsorge | | | | | |
| Richten der Bekleidung nach Toilettengang | | | | | |
| Windelwechsel nach Wasserlassen | | | | | |
| Windelwechsel nach Stuhlgang | | | | | |
| Wechsel kleiner Vorlagen | | | | | |
| Wechsel/Entleeren Urin-/Stomabeutel, Toilettenst. | | | | | |
| Ernährung | | | | | |
| Mundgerechte Zubereitung | | | | | |
| Nahrungsaufnahme | | | | | |
| Sonden/parenterale Ernährung | | | | | |
| Mobilität | | | | | |
| Aufstehen/Zubettgehen | | | | | |
| Lagern | | | | | |
| Transfer | | | | | |
| Gehen | | | | | |
| Kleiden | | | | | |
| Ankleiden – gesamt | | | | | |
| Ankleiden – Ober-/Unterkörper | | | | | |
| Auskleiden – gesamt | | | | | |
| Auskleiden – Ober-/Unterkörper | | | | | |

Regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen : Nein Ja

Ort / Datum
Unterschrift / Stempel

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG*)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Tage der Aufnahme im ROTARY-HOSPIZ

1. Klinischer Befund vom

Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden? Ja Nein

2. Röntgenaufnahme der Lunge liegt vor? Ja Nein
(Nicht älter als 6 Monate vor Aufnahme in das ROTARY-HOSPIZ)

3. Aktuelles negatives Testergebnis auf SARS-CoV2 liegt vor? Ja Nein
(Nicht älter als 3 Tage vor Aufnahme in das ROTARY-HOSPIZ)

*Anmerkung Auszug aus dem § 36 (4) (Infektionsschutzgesetz):

Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung nach § 1, Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Praxisstempel

Ort/Datum

Unterschrift

Liste zum Einzug ins Hospiz

Lieber Patient, liebe Patientin, liebe Angehörige,
für die Aufnahme benötigen wir folgende Unterlagen:

- Ihre Krankenkassenkarte
- Zuzahlungsbefreiung (falls vorhanden)
- Personalausweis
- Ihre Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (können hier im Haus kopiert werden)
- aktueller Medikamentenplan.

Bitte bringen Sie alle Medikamente mit, die Sie regelmäßig einnehmen müssen.

Falls Sie Pflegeartikel zuhause benutzen, bringen Sie dies alles bitte mit (z.B. Inkontinenz, Stomaversorgung, Verbandmaterial oder enterale/parenterale Ernährung o.ä.)
Ihr neues Zimmer kann mit persönlichen Gegenständen und/oder Bildern u.ä. individuell eingerichtet werden.

Handtücher und Waschlappen, sowie Bettwäsche werden von uns kostenlos zur Verfügung gestellt. Gern dürfen Sie aber auch eigene Kissen, Decke und Bettwäsche mitbringen.
Das Waschen der Privatwäsche wird in der Regel von den Angehörigen übernommen.
Ist dies nicht möglich, waschen wir Ihre Wäsche hier im Rotary-Hospiz zum Preis von 3,00 Euro pro Maschine.

Antrag auf Leistungen nach § 39 a SGB V für die stationäre Versorgung in einem Hospiz

Name der Kranken- und Pflegeversicherung

Name und Vorname des Versicherten, geb. am

Anschrift

Versicherungsnummer

Hiermit beantrage ich den Zuschuss zur stationären Hospizversorgung.

Die stationäre Hospizversorgung erfolgt im

ROTARY-HOSPIZ Odenwald gGmbH

Albert-Schweitzer-Str. 20A | 64711 Erbach | IK-Nr. 510602144

Tel.: 06062 80960-0 oder 80960-12 (Pflege) | Fax: 06062 80960-20

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Die ambulante Versorgung kann weder in meinem Haushalt, noch in meiner Familie erbracht werden
- Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, da ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit noch nicht festgestellt wurde.
- Pflegebedürftigkeit wurde bereits festgestellt. Dieser Antrag gilt gleichzeitig als Antrag zur Einstufung in eine höhere Pflegestufe.
- Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe und Heilfürsorge
- Die stationäre Versorgung im Hospiz ist auf einen Unfall, eine Berufskrankheit, Tätlichkeit, ein anerkanntes Kriegs- oder Versorgungsleiden, einen Überfall oder auf eine sonstige Schädigung (z.B. durch fehlerhafte Produkte, Behandlungsfehler, Umwelteinflüsse) zurückzuführen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die Kranken-/Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung für die Anträge auf Zuschuss zur Hospizversorgung und auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Bei der Anforderung der genannten Unterlagen ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese unmittelbar an den MDK Hessen zu übersenden sind. Insoweit entbinde ich die o. g. Personen bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK Hessen weitergegeben werden.

Datenschutzhinweis: (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit die Kranken- und Pflegekassen ihre Aufgaben rechtmäßig erfüllen kann, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund der §§ 33 und 43 SGB XI zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zum Nachteil bei den Leistungsansprüchen führen.

Datum, Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder des gesetzlichen Vertreters

Wird vom o.g. Hospiz ausgefüllt:

Der o. g. Versicherte wird voraussichtlich am

im ROTARY-HOSPIZ Erbach

aufgenommen. Sofern sich der Aufnahmetermin verändert, teilen wir dies unverzüglich der Kranken- /Pflegekasse mit.

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes