

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach §39a SGB V

Angaben zum Patient / zur Patientin

Erstantrag

Widerspruch

Name, Vorname	
Geburtsdatum /Geburtsname	/
Geburtsort	
Wohnadresse (Straße u. Haus-Nr.)	
PLZ, Wohnort	
Krankenkasse	
Versicherten-Nr.	
Derzeitige Behandlung (Arzt/Klinik)	

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

Metastasen	
------------	--

Bisherige Therapien (operativ, Chemotherapie, Bestrahlung)	
--	--

Begleiterkrankungen	
---------------------	--

1. Die Erkrankung verläuft progredient und hat bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht	<input type="checkbox"/>
2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor	<input type="checkbox"/>
3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig/erwünscht	<input type="checkbox"/>
4. Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>
5. Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>

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

Ort / Datum

Unterschrift Arzt / Stempel

Fragen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach §39a SGB V

Infektionskrankheiten

- MRSA Norovirus Clostridien andere

Allgemeine Befunde

AZ EZ Gewicht/Größe

Hautzustand

Derzeitige erforderliche palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen

1. Intensivierte Symptomkontrolle

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

2. Medikamentengabe

- oral s. c. i. m. i. v. Infusion Pflaster
 Inhalation Verneblung sonstige:

3. Behandlungspflege

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

4. Andere Therapien

- Physiotherapie Lymphdrainage Atemtherapie

5. Psychosoziale Betreuung

- eskalierte fam. Konfliktsituation
 Fam. Situation / soziales Umfeld
 komplex. psychosozialer Hilfebedarf
 Erforderliche psychosoz. Begleitung

Angaben gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG*)

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)

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

*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.

Grad der Selbstpflege

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

Regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen:

Häufigkeit:

Allgemeine Angaben für das aufnehmende Hospiz

Pflegegrad	<input type="text"/>	beantragt am	<input type="text"/>
Aufnahme	Sobald als möglich <input type="checkbox"/> Zu einem späteren Zeitpunkt <input type="checkbox"/>		
Aufklärung	Patient ist über Krankheitszustand aufgeklärt Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Einverständnis	Patient ist mit Hospizaufnahme einverstanden Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Ambulanter Pflegedienst	<input type="text"/>		
Ambulanter Hospizdienst	<input type="text"/>		
Palliativ-Team (SAPV)	<input type="text"/>		
Patientenverfügung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Vorsorgevollmacht	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Gesetzlicher Betreuer	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

Name der Hauptbezugsperson

Name, Vorname	<input type="text"/>
Beziehung	<input type="text"/>
Straße u. Hausnummer	<input type="text"/>
Plz. / Ort	<input type="text"/>
Telefon (Festnetz u. mobil)	<input type="text"/>
Vollmachten	<input type="text"/>

Name weitere Bezugsperson

Name, Vorname	<input type="text"/>
Beziehung	<input type="text"/>
Straße u. Hausnummer	<input type="text"/>
Plz. / Ort	<input type="text"/>
Telefon (Festnetz u. mobil)	<input type="text"/>
Vollmachten	<input type="text"/>

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

Krankenkasse

Name, Geburtsdatum

Anschrift

Versichertennummer

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. 510 602 144
Tel.: 06062 80960-0 | 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

Datum, Stempel und Unterschrift des Hospizes