

Antrag auf Kostenübernahme für stationäre Aufnahme im Hospiz (gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistung der Pflegeversicherung)

Hiermit beantrage ich

_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
PLZ Wohnort, Straße	Krankenkasse
_____	_____
Telefon* (freiwillige Angabe)	Versichertennummer

- Übernahme der Kosten nach §39 a SGB V in Verbindung mit §§ 42 und 43 SGB XI
- die Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Erstantrag
- Höherstufung

Ich erhalte Pflegeleistungen von: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

- der Unfallversicherung _____
Berufsgenossenschaft Art der Pflegeleistung
- dem Sozialamt _____
Art der Pflegeleistung
- sonstige Stelle _____
z. B. Versorgungsamt Art der Pflegeleistung

Besteht für Sie Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften? ja nein

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes:

Dreikönigshospiz gGmbH
Lindenstr. 12, 17033 Neubrandenburg

Telefon und Telefax des Hospizes: **0395/36311-0 Station: 36311-133 Fax: 36311-139**

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Krankenversicherung/ Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 i. V. m. 7 und §39a SGB V, § 94 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsbewährung (§66 SGB I) führen.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst (MD) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der Medizinische Dienst meine pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen. Insoweit entbinde ich die oben genannten Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MD erstellten Gutachten an die Pflegekasse.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten

(Rückseite des Antrags)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vom Vertragsarzt (Hausarzt) oder Krankenhausarzt auszufüllen und zu bestätigen:

Vorgesehene Aufnahme am: _____

Genauere Angaben zum **Aufenthaltort des Versicherten**
zum Termin der Antragstellung:

Diagnose mit Krankheitsausprägung:

Begründung der Aufnahme:

Finalpflege: ja nein

Bei „ja“ Aussagen zum palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarf:

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang die Möglichkeiten von Laienhelfern in der Häuslichkeit?

ja nein

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift/ Telefonnummer des Arztes



E-Mail: MDSN@md-mv.de

Fax: 0385/48936 3999

Bericht zum Antrag auf Hospizleistungen gemäß § 39a SGB V

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Pflegekasse/Direktion:
Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung/des SAPV-Teams:

Bestätigung zur stationären Hospizversorgung :

- **Hospizpflege ist notwendig als**

stationäre teilstationäre Versorgung

Finalpflege ist notwendig ja nein

Begründung:

- **Hospizversorgung ist notwendig, weil**

- die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenem Stadium ist
- kurative Therapie nicht möglich ist
- palliativmedizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist
- Krankenhausbehandlung so vermieden oder verkürzt werden kann
- ambulante Versorgung reicht wegen pall.-pfleger. und pall.-med. Versorgungsbedarf nicht aus



Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum

1. Die vorgenannte Person befindet sich seit dem ____ . ____ . 20____ im Krankenhaus/der Rehabilitationseinrichtung/der Betreuung des SAPV-Teams

Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

liegt vor: ja, Pflegegrad: _____ nein

wurde beantragt: ja nein

2. Diagnose(n) für die Begründung der Hospizversorgung:

Krankheitsstadium:

Bei onkologischen Erkrankungen: Metastasierung mit Angabe der Lokalisation

3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose Schweregrad der Erkrankung? Bei Folgeverordnung – zwischenzeitlicher Krankheitsverlauf!



Welche Therapie erfolgt derzeit bzw. wann wurde diese beendet?

4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a. Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane

5. Liegen psychische Störungen vor? ja nein

Wenn ja, welcher Art?



6. Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

<i>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig , wird fremdübernommen
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfer)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches (in der Ebene)				
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen vorderen Oberkörpers				
Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden				
Essen				
Ernährung parenteral/PEG/PEJ				
Trinken				
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma				

	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
Zeitliche Orientierung (kennt z. B. Tageszeit, Jahreszeit)				
Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Mitteilen von elementare Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)				



Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z.. B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

9. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin