

<b>AOK</b>	<b>LKK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>VdAK</b>	<b>AEV</b>	<b>Knappschaft</b>
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am:						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK. Gültig bis		Datum		

## Bestätigung zur stationären Hospizversorgung

Hospizpflege ist notwendig weil

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

ab [ ] [ ] [ ] [ ]

bei Verlängerung voraussichtlich notwendig bis  
[ ] [ ] [ ] [ ]

1. Die vorgenannte Person befindet sich	in der eigenen Wohnung
	bzw. seit dem .....20..... in einem
a) Krankenhaus/Abt. f. Akutkranke	<input type="checkbox"/>
b) Krankenhaus/Abt. f. Geriatrie	<input type="checkbox"/>
c) Krankenhaus/Palliativstation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>
e) vollstat. Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>
f) vollstat. Pflegeeinrichtung (ehemalige Krankheime/ Krankenhäuser für Chronischkranke	<input type="checkbox"/>
	I. Pflegestufe <input type="checkbox"/>
	II. Pflegestufe <input type="checkbox"/>
	III. Pflegestufe <input type="checkbox"/>
stationäre Pflegestufe ist beantragt	
2. Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung	
3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose? Schweregrad der Erkrankung?	
4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf.	
5. Liegen psychische Störungen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Art?	

6. Frau / Herr..... ist

**Körperpflege**

Häufigkeit bei(m)	NEIN	TÜ	VÜ	Häufigkeit pro Tag
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Windelwechsel nach Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Windelwechsel nach Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wechseln/Entleerung Urinbeutel /Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wechseln/Entleerung Stomabeutel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Legende**

**TÜ = Teilübernahme**  
 Kann sich z.B. Oberkörper  
 vorn, Gesicht und Hände  
 selbst waschen, Rest muss  
 übernommen werden

**VÜ = Volle Übernahme**  
 Kann sich nicht selbst  
 waschen, Übernahme durch  
 Pflegeperson erforderlich

**Ernährung**

Hilfebedarf bei(m)	NEIN	TÜ	VÜ	Häufigkeit pro Tag
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nahrungsaufnahme</b>				
oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sondenkost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Mobilität**

Hilfebedarf bei(m)	NEIN	TÜ	VÜ	Häufigkeit pro Tag
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entkleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stehen(Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppen-Steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Legende:**

**TÜ = Teilübernahme**  
 Kann sich z.B. Oberkörper  
 selbst ankleiden, braucht  
 Hilfe für Hosen, Strümpfe,  
 Schuhe

**VÜ = Volle Übernahme**  
 Kann sich nicht selbst an-  
 und ausziehen, Übernahme  
 durch Pflegeperson  
 erforderlich, muss gelagert  
 werden

Besteht ständige Bettlägerigkeit?  ja  nein

**Nächtlicher Grundpflegebedarf:**  nein  ja wenn ja, welcher

	ja	Wie oft
Lagern		
Inkontinenzversorgung		
Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme		

7. Notwendige Maßnahmen

a) Arztvisite

täglich

mehrmals wöchentlich

seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung durch Pflegefachkräfte (zum Beispiel Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren)

nein

ja

Wenn ja, welche?

c) monatlich mehrfach diagnostische Leistungen (insbesondere Labor, EKG)

nein

ja

Wenn ja, welche?

d) Physikalische Therapie

zur Wiedererlangung von Funktionen

zur Erhaltung vorhandener Funktionen

insbesondere durch Krankengymnastik

Beschäftigungstherapie

e) Medikamente

insulinpflichtig

nein

ja

8. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine stationäre Hospizversorgung im Besonderen notwendig?

9. Voraussichtliche abschätzbare Dauer der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung:

10. Besondere Bemerkungen:

11. Rückkehr in häuslichen Bereich/anderen Versorgungsbereich (Pflegeeinrichtung) möglich oder wahrscheinlich?

Berlin, den ..... 200.....

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes / Ärztin

Name des Patienten: .....

**ANLAGE  
zum Hospizgutachten**

**1. In welchem Umfang ist vorgenannte Person über ihre Situation (Erkrankung) informiert?**

.....  
.....

**2. Liegt das Einverständnis des Patienten zur Aufnahme in ein Hospiz vor?**

.....

**3. Sind Angehörige / Ansprechpartner bekannt?**

Verhältnis zum Pat.: .....

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....