

Aufnahmeantrag für das Heidenheimer Hospiz Barbara

(Bitte zusammen mit einer Kopie der ärztlichen Stellungnahme an das Hospiz weiterleiten)

ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.Nr.: _____

Konfession: _____

Momentaner Aufenthaltsort, Krankenhaus/Station, Tel.Nr.: _____

KRANKENVERSICHERUNG

Name/Ort: _____

Tel.Nr.: _____

VersicherungsNr.: _____

Sachbearbeiter: _____

DIAGNOSE

PFLEGEVERSICHERUNG

Festgestellter Pflegegrad: _____

seit wann: _____

Kein Pflegegrad

Ist beantragt am: _____

ANGEHÖRIGE

1. Name, Vorname: _____

VerwandschaftsGrad: _____

Straße, Ort: _____

Tel.Nr.: _____

2. Name, Vorname: _____

VerwandschaftsGrad: _____

Straße, Ort: _____

Tel.Nr.: _____

BETREUER

Besteht eine gerichtl. Angeordnete Betreuung?

Ja Nein

BetreuerIn: _____

Adresse/TelNr.: _____

HAUSARZT / BETREUENDER ARZT BISHER

Name: _____ Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

GEWÜNSCHTER HAUSARZT IM HOSPIZ

Name: _____

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Heidenheimer Hospiz Barbara, Bergstr.42, 89518 Heidenheim

Tel.Nr.: 07321/9833-32, Fax: 07321/9833-209 oder 400

team.hospiz.barbara@haus-lindenhof.de

**Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung der Notwendigkeit vollstationärer
Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V**

Anschrift der Krankenkasse: Fax:	Name:
	Vorname:
	Geb.-Datum:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	KV-Nr.:

Erstantrag

Folgeantrag*

(nur die mit * versehenden Angaben sind erforderlich)

Die Hospiznotwendigkeit begründende Erkrankung / Diagnose:

.....
Stadium ggf. Metastasierung /
Prognose:

.....
Begrenzte Lebenserwartung (Tage bis Wochen) ja

.....
*Kurze Angaben zum aktuellen Krankheitsbefund, zur bisherigen und aktuellen Therapie:
.....
.....

.....
Zukünftige Therapie:

<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> (Lymph-) Ödem	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Kachexie	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Orol. Symptome	<input type="checkbox"/> Schlafstörung

*Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

<input type="checkbox"/> Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen
<input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema)	<input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Oro-, Ileo-, Kolo-) Stomata
<input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution	<input type="checkbox"/> Krisenintervention / Symptomkontrolle
<input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten	<input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung
<input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG)
<input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)	<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor

ja

nein

Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung

ja

nein

Häusliche Versorgung ist gewährleistet

ja

nein

Überforderung der pflegenden Angehörigen / Patient ist alleinlebend

ja

nein

Datum

Unterschrift des Arztes/Stempel

-Für die Angaben des Arztes ist die Geb.-Pos. 01621 EBM berechnungsfähig-

Dies ist ein Vordruck der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe (AOK Westfalen-Lippe, Dortmund, BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen, Signal Iduna IKK, Dortmund, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Münster, Knappschaft, Bochum, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Dortmund)

**Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen nach
§ 39 a Abs. 1 SGB V und § 43 SGB XI**

Anschrift der Krankenkasse:	Name des Versicherten:	
	Vorname:	
	Geb.-Datum:	
	Straße:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	KV-Nr.:	

Name des Hospizes

(voraussichtliches) Aufnahmedatum:

Anschrift des Hospizes

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name

Telefon

Eine ärztliche Verordnung ist beigefügt

ja

nein

Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich?

ja

nein

Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt?

ja

nein

Stufe _____

Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen
(z. B. Pflegegeld/Pflegezulage)

ja

nein

wenn ja, von:

der Pflegekasse

der Beihilfestelle

dem Sozialamt

der Unfallvers.

dem Versorgungsamt

sonstigen Stellen

Name und Anschrift (z.B. Pflegekasse, Beihilfestelle, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft, Sozialamt)

Etwaige spätere Änderungen werde ich umgehend der Kranken- und Pflegekasse mitteilen.

Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Kranken-/Pflegekasse von dem mich behandelnden Arzt, Krankenhaus und den mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen erforderlich sind. Insofern entbinde ich die vorgenannten Institutionen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Unterlagen, die ich der Kranken-/Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, können an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten*

*Einverständniserklärung des Versicherten zur Unterschrift liegt vor.

ja

nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.