

Anmeldung Rotary-HOSPIZ

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	Konfession:
Geburtsort:			
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 Pflegegrad: <input type="text"/> Beantragt <input type="radio"/>		
Aufnahme:	Sobald als möglich <input type="radio"/> Zu einem späteren Zeitpunkt <input type="radio"/>		
Aufklärung:	Patient über Krankheitszustand aufgeklärt Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		
Einverständnis:	Patient mit Hospizaufnahme einverstanden Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		
Ärztliche Bescheinigung:	Unterlagen anbei <input type="radio"/> Folgen zeitnah <input type="radio"/> Bei Bedarf <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 (welche Beziehung zum Angemeldeten)

Name, Vorname:			
Telefon (Festnetz u. Mobil)			
Name, Vorname:			
Telefon (Festnetz u. Mobil)			

Datum

Unterschrift (Angehöriger / gesetzlicher Vertreter)

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme nach § 39a SGB V

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
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="checkbox"/> |
| 2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische 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 bisher dies 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/Stempel)

Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V

Name, Vorname: Geb. Datum:

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am:

Infektionskrankheiten

MRSA Norovirus Clostridien

Allgemeine Befunde

AZ: EZ: Gewicht/Größe:

Hautzustand:

Erforderliche palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Maßnahmen:

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

Medikamentengabe

oral s.c. i.m. i.v. Infusion Pflaster Inhalation

Behandlungspflege

Port ZVK PEG Magensonde Dauerkatheter Cystofix Urostoma
 Anus Praeter Tracheostoma Drainagen BZ-Kontrollen Absaugung
 Sauerstoffgabe exulzierende Wunde umfangreiche Wundversorgung

Andere Therapien:

Physiotherapie Lymphdrainage Atemtherapie

Psycho-/soziale Betreuung

eskalierte familiäre Konfliktsituation

Familiäre Situation / soziales Umfeld

komplexer psychosozialer Hilfebedarf

Erforderliche psychosoziale Begleitung

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel)

Hilfsbedarf in der Grundpflege

Patient:

Name, Vorname: Geb. Datum:

Bisherige Pflegestufe:

Selbständig	Anleitung / Beaufsichtigung	Teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Häufigkeit in 24 Stunden
-------------	--------------------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------------

Körperpflege

Waschen Oberkörper				
Waschen Unterkörper				
Waschen Hände/Gesicht				
Duschen/Baden				
Zahn-/Prothesenpflege				
Kämmen				
Rasieren				

Blasen-/Darmentleerung

Wasserlassen/Stuhlgang/Nachsorge				
Richten d. Bekleid. b. Toilettengang				
Windelwechsel nach Wasserlassen				
Windelwechsel nach Stuhlgang				
Wechsel kleiner Vorlagen				
Wechseln/Entleeren Urinbeutel, Stomabeutel Toilettenstuhl				

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 welche: _____

Häufigkeit: _____

Individuelle Besonderheiten: _____

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel)

Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme in das Rotary-HOSPIZ gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG*)

Patient:

Name, Vorname: Geb. Datum:

PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.

Tag der Aufnahme im Rotary-HOSPIZ

1. Klinischer Befund vom (Datum)

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

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

(Datum)

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

***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 vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Praxisstempel

Ort/Datum

Unterschrift