

Anmeldung ROTARY-HOSPIZ

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

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

Datum

Unterschrift (Angehöriger / Gesetzlicher Betreuer)

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme

nach §39a SGB V

Angaben zum Patient / zur Patientin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
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="radio"/>
2. Es liegt eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten vor	<input type="radio"/>
3. Eine Heilung ist ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig/erwünscht	<input type="radio"/>
4. Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich	<input type="radio"/>
5. Eine ambulante Versorgung ist nicht mehr ausreichend oder nicht mehr durchführbar	<input type="radio"/>
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="radio"/>

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

Ort / Datum
Unterschrift / Stempel

Frage zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach §39a SGB V

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Erstantrag Widerspruch Verlängerungsantrag Aufnahme am:

Infektionskrankheiten

MRSA Norovirus Clostridien

Allgemeine Befunde

AZ: EZ: Gewicht/Größe:

Hautzustand:

Erforderliche palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen

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

Medikamentengabe

- oral s.c. i.m. i.v. Infusion Pflaster Inhalation
 Atemnot vermehrter Speichelfluss Verschleimung der Atemwege Aszites
 Müdigkeit Schlafstörungen Lähmungen Sprachstörungen Depression Angst
 Spastik Krampfanfälle Verwirrtheit Delir

Behandlungspflege

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

Andere Therapien

- Physiotherapie Lymphdrainage Atemtherapie

Psychosoziale Betreuung

eskalierte fam. Konfliktsituation

Fam. Situation / soziales Umfeld

komplex. psychosozialer Hilfebedarf

Erforderliche psychosoz. Begleitung

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Grad der Selbstpflege

Patient – Name, Vorname	Geburtsdatum	Bisheriger Pflegegrad
-------------------------	--------------	-----------------------

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig	Häufigkeit in 24 Std.
Körperpflege					
Waschen Oberkörper					
Waschen Unterkörper					
Waschen Hände/Gesicht					
Duschen/Baden					
Zahn-/Prothesenpflege					
Kämmen					
Rasieren					
Blasen-/Darmentleerung					
Wasserlassen/Stuhlgang/Nachsorge					
Richten der Bekleidung nach Toilettengang					
Windelwechsel nach Wasserlassen					
Windelwechsel nach Stuhlgang					
Wechsel kleiner Vorlagen					
Wechsel/Entleeren Urin-/Stomabeutel, Toilettenst.					
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

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel

Ärztliche Bescheinigung für die Hospizaufnahme gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG*)

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Tage der Aufnahme im ROTARY-HOSPIZ

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 in das ROTARY-HOSPIZ)

*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.

Praxisstempel

Ort/Datum

Unterschrift