

Name, Vorname des Patienten/ der Patientin

.....

Hospiz der Diakonissenanstalt EMMAUS
 „Haus am Wege“
 Poststraße 18
 02906 Niesky



Bescheinigung des Arztes/ der Ärztin über die Notwendigkeit der stationären Hospizpflege

Für Herrn/ Frau:

geboren am:

versichert bei:

Versichertennummer:

Ist die vollstationäre Versorgung im Hospiz notwendig, da eine Erkrankung vorliegt,

- die progredient verläuft
- bei der eine Heilung ausgeschlossen ist und eine palliativ-medizinische, sowie palliativ-pflegerische Versorgung notwendig und vom Patienten/ der Patientin gewünscht wird,
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monate bei Kindern auch Jahren- erwarten lässt,
- eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39a SGB V nicht erforderlich ist,
- eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht, weil der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische und/ oder der psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Erkrankung resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden regelmäßig übersteigt.

Damit sind neben den Angehörigen vor allem die vertragsärztliche Versorgung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes, sowie Angebote durch weitere Berufsgruppen und (familien-) ergänzende ambulante Versorgungsformen gemeint.

Folgendes Krankheitsbild liegt beim Patienten/ der Patientin vor:

- Krebserkrankung
- Vollbild der Immunschwächekrankheit AIDS
- Erkrankung des Nervensystems
- Chronische Erkrankung der Niere, des Herzes, der Lunge, des Verdauungstraktes

Bescheinigung des Arztes/ der Ärztin über die Notwendigkeit der vollstationären Hospizpflege

Diakonissenanstalt EMMAUS Hospiz „Haus am Wege“ Poststraße 18 02906 Niesky

Tel.: 03588- 264 200 Fax. 03588 264 203

Email: f.salewski@emmaus-niesky.de www.emmaus-niesky.de

Name, Vorname des Patienten/ der Patientin

.....

Der Patient/ die Patientin befindet sich zurzeit/ seit:

- in der eigenen Wohnung
- im Krankenhaus
- in der Kurzzeitpflege
- in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme

Herr/ Frau:

- | | | | |
|--|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| benötigt Hilfe beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| benötigt Hilfe bei der Körperpflege | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| benötigt Hilfe beim Essen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| benötigt Hilfe beim Verlassen des Bettes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| benötigt Hilfe beim Lagern | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| ist in allen Lebenslagen auf Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| ist in der Lage zu laufen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| liegt häufig im Bett | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| liegt ständig im Bett | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| hat eine Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| hat eine Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| ist räumlich orientiert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| ist zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| ist nachts unruhig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| ist frei von ansteckenden Krankheiten/
Keimen (z.B. HIV, Tbc, MRSA, MRGN, ESBL ...) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein, es besteht: | |

Name, Vorname des Patienten/ der Patientin

.....

1. Diagnose mit Angaben von Krankheitsstadien

Wir benötigen Angaben zur aktuellen Schwere des Krankheitsstadiums, aus denen die Notwendigkeit der Hospizbetreuung abgeleitet wird und nachvollzogen werden kann, dass die häusliche Pflege nicht mehr ausreichend ist.

Bitte fügen Sie den Arztbericht/ die letzte Epikrise, wenn vorhanden hinzu!

2. Aktuelle Medikation, inklusive Dosierung und Verabreichungsform

Bitte fügen Sie, soweit vorhanden den aktuellen Medikamentenplan hinzu!

3. Das komplexe Symptomgeschehen ist begründet durch:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik, | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine ausgeprägte neurolog./psychiatr./psychische Symptomatik, | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik, | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden/ Tumore | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine ausgeprägte Demenz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Name, Vorname des Patienten/ der Patientin

.....

Bitte beschreiben Sie hier das komplexe Symptomgeschehen genauer (z.B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe, Erstickungsanfälle, unstillbares Erbrechen, Diarrhoe, schwere Obstipation, Ikterus, Ödeme, Aszites, Pleuraergüsse, Krampfanfälle oder ähnliches):

Bitte hier eintragen.

4. Fachpflegerische Maßnahmen auf Grund ärztlicher Versorgung

Verbände/ Dekubitusversorgung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
ZVK/ Port	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Infusionen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Versorgung der Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Harnblasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Versorgung der PEG	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	ausgeführt durch
Beatmung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nicht invasiv <input type="checkbox"/> invasiv

5. Zusätzliche Hinweise/ Informationen/ Bemerkungen des Arztes

Diese können die schwierige soziale Situation, die komplizierte häusliche Situation oder andere Faktoren beschreiben, die eine Aufnahme ins Hospiz notwendig machen.



.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes