

**Antrag auf Kostenübernahme für die stationäre Aufnahme im Hospiz
(gilt gleichzeitig als Antrag auf Leistung der Pflegeversicherung)**

Hiermit beantrage ich:

Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
PLZ/Wohnort/Straße	Telefon
Ansprechpartner für Rückfragen (Angehörige, Bevollmächtigte)	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, welcher? _____ <input type="checkbox"/> nein	

- Übernahme der Kosten nach § 39 a SGB V in Verbindung mit §42 und §43 SGB XI die Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Erstantrag
- Verlängerung ab: _____
- Höherstufung
- Eine ärztliche Bescheinigung ist beigelegt? ja nein
- Ist eine ambulante oder teilstationäre Versorgung alternativ möglich? ja nein
- Wurde bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt? ja nein
- Ich erhalte/habe einen Anspruch auf Pflegeleistungen (z.B. Pflegegeld/Pflegezulage)? ja nein

Wenn ja,
von: der Pflegekasse der Beihilfestelle dem Sozialamt dem Versorgungsamt sonstige Stellen

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

Die Versorgung soll durchgeführt werden im:

Name und Anschrift des Hospizes: Diakonie Güstrow e.V.
Hospiz Benedikt
Zum Petershof 2
18273 Güstrow
Telefon: 03843 /776 1851
Email: hospiz@diakonie-guestrow.de

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Leistungen aus der Krankenversicherung/Pflegeversicherung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 i. V. m. 7 und § 39 a SGB V, § 94 Absatz 1 Nr. 3 i. V. m. 4 und § 28 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen in der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen.

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig sind. Des Weiteren kann der MDK meine pflegende(n) Angehörige(n) oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege beteiligt sind, befragen.
Insoweit entbinde ich die oben genannten Ärzte bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Übermittlung der von dem MDK erstellten Gutachten an die Pflegekasse. Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an die Pflegekasse zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Pflegekasse zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Bevollmächtigten

Name, Vorname

geboren am

Ärztliche Bescheinigung der Hospiznotwendigkeit

Grund des Antrags:

- vorgesehene Aufnahme am:
- Verlängerung ab:

Angabe zum **Aufenthalt des Versicherten** zum Zeitpunkt des Antrages:

.....
.....

Diagnosen und Krankheitsausprägung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Liegt eine Hospiznotwendigkeit nach § 39 a SGB V Abs. 1 vor: **Ja** **Nein**

Übersteigt der Bedarf von Art und Umfang der Möglichkeiten der Versorgung von Laienhelfern in der Häuslichkeit? **Ja** **Nein**

Beschreibung des palliativen und medizinischen Versorgungsbedarf:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Ansprechpartner und Telefonnummer bei Rückfragen:

E-Mail: MDSN@md-mv.de

Fax: 0385/48936 3999

Bericht zum Antrag auf Hospizleistungen gemäß § 39a SGB V

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Pflegekasse/Direktion:
Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung/des SAPV-Teams:

Bestätigung zur stationären Hospizversorgung :

- Hospizpflege ist notwendig als

stationäre teilstationäre Versorgung

Finalpflege ist notwendig ja nein

Begründung:

- Hospizversorgung ist notwendig, weil

die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenem Stadium ist

kurative Therapie nicht möglich ist

palliativmedizinische Behandlung notwendig oder erwünscht ist

Krankenhausbehandlung so vermieden oder verkürzt werden kann

ambulante Versorgung reicht wegen pall.-pfleger. und pall.-med. Versorgungsbedarf nicht aus

Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum

1. Die vorgenannte Person befindet sich seit dem ____ . ____ . 20____ im Krankenhaus/der Rehabilitationseinrichtung/der Betreuung des SAPV-Teams

Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

liegt vor: ja, Pflegegrad: _____ nein

wurde beantragt: ja nein

2. Diagnose(n) für die Begründung der Hospizversorgung:

Krankheitsstadium:

Bei onkologischen Erkrankungen: Metastasierung mit Angabe der Lokalisation

3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose Schweregrad der Erkrankung? Bei Folgeverordnung – zwischenzeitlicher Krankheitsverlauf!



Welche Therapie erfolgt derzeit bzw. wann wurde diese beendet?

4. Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen – u. a. Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane

5. Liegen psychische Störungen vor? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

6. Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

<i>Patientenaufkleber/Name, Geburtsdatum</i>	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
<i>Mobilität</i>				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)				
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)				
Umsetzen (Transfer)				
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches (in der Ebene)				
<i>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</i>				
Waschen vorderen Oberkörpers				
Waschen des Intimbereichs				
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)				
An- und Auskleiden				
Essen				
Ernährung parenteral/PEG/PEJ				
Trinken				
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)				
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma				
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma				

	Die Fähigkeit ist:			
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
<i>Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</i>				
Zeitliche Orientierung (kennt z. B. Tageszeit, Jahreszeit)				
Verstehen von Sachverhalten und Informationen				
Mitteilen von elementare Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)				
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)				

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

9. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin