

Begutachtungsbogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V

Erstantrag

Folgeantrag

Aufenthalt im Hospiz seit:

Personalien (Name, Geburtsdatum, Wohnort):

Krankenkasse:

Wohnhaft: im eigenen Zuhause bei Angehörigen lebend im Pflegeheim
 andere:

Pflegegrad: beantragt Pflegegrad: Höherstufung beantragt

Notwendigkeitsbescheinigung durch (Name, Adresse):

1. Benennung der für den Hospizpflegebedarf relevanten Diagnose(n)

mit Datum der Erstdiagnose, Stadium/Schweregrad, bisherigem und aktuellem Krankheits- und Behandlungsverlauf, Prognose:

Letzte Krankenhausbehandlung:

Wann:

Wo:

Wegen:

Ergänzend bitten wir um Arzt- bzw. Krankenhausentlassungsberichte!

Keine Arzt- bzw. Krankenhausentlassungsberichte hier vorliegend.
Diese könnten durch den MD Nord angefordert werden bei:

Ist die Erkrankung jetzt progredient? nein ja, wo/wie:

Ist jegliche spezifische Therapie beendet? nein* ja, wann:

***Falls nein: Derzeit noch laufende bzw. konkret geplante Therapie:**

Therapieziel:

Operation nein ja, wann:
welche:

Chemotherapie nein ja, wann:
 derzeit laufend mit:

Zielgerichtete/Immuntherapie nein ja, wann:
 derzeit laufend mit:

Antihormonelle Therapie nein ja, wann:
 derzeit laufend mit:

Strahlentherapie nein ja, wann:
 derzeit im Zielgebiet:

2. Derzeitiger Zustand und Symptomlast, erhoben am

stabil instabil sich verschlechternd sterbend

Psychosoziale Belastung (welche?):

Einteilung ECOG zur Beurteilung des Gesamtzustandes

- 0 Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung.
- 1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig, leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.
- 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen.
- 3 Nur begrenzte Selbstversorgung möglich, 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.
- 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden.

(n. Oken MM et al.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982)

Aktuelles Gewicht **kg** **bei Körpergröße** **cm**

Welche Symptome sind vorhanden?

Schmerzen in Ruhe Schmerzen in Belastung mit Einschränkung der ADL

Atemnot in Ruhe Atemnot bei Belastung mit Einschränkung der ADL

Übelkeit Erbrechen Obstipation Diarrhoe

Schluckstörungen für:

Flüssigkeiten feste Speisen Kachexie

Angst Panikattacken Unruhe Fatigue

Aszites Pleuraergüsse Dekubitus Lymphödem

Chronische Ulzera und zwar:

Krampfneigung Verwirrtheit Lähmungen

Sonstige psychische Störungen, welche:

Genauere Beschreibung der Hauptsymptome und Funktionsstörungen:

Bewusstseinslage:

wach reagiert adäquat reagiert nicht adäquat somnolent komatös

Orientierung vollständig bzw.

zur Person ja nein teilweise:

örtlich ja nein teilweise:

zeitlich ja nein teilweise:

zur Situation ja nein teilweise:

Kommunikation erhalten ja bzw.

gestört aufgrund: Sprache Sprachverständnis Hören Sehen

Aktuelle Medikation

oral i.v. i.m. s.c. Infusion PCA-Pumpe Inhalation

Abruf von Bedarfsmedikation (Häufigkeit in den letzten 5 Tagen)

⇒ **Bitte Medikationsplan in Anlage!**

3. Palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Bedarf:

Psychosoziale Unterstützung, Beschreibung:

Krisenintervention, Beschreibung:

Symptomkontrolle, Beschreibung:

Portnutzung/-pflege

Parenterale Ernährung Enterale Ernährung über PEG

Infusionen: s.c. Port

Sauerstoffbedarf Liter/Minute: Beatmung:

Versorgung von Kathetern: Welche:

Versorgung von Drainagen: Welche:

Versorgung eines Tracheostomas Urostomas Kolostomas

sonstige:

Wundversorgung/Dekubitus (Art und Lokalisation):

Besonderheiten des Einzelfalles:

Die Aufnahme im Hospiz ist erforderlich, weil der Patient/die Patientin

- an einer Erkrankung leidet, die ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, die progredient verläuft und bei der eine Heilung ausgeschlossen ist.
- eine palliativ-medizinische und palliativpflegerische Versorgung benötigt wird und diese vom Patienten/von der Patientin erwünscht ist.
- Es wird lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – erwartet.
- Eine Krankenhausbehandlung ist nicht (mehr) erforderlich.
- Die stationäre Hospizpflege ist notwendig, da eine ambulante und teilstationäre Versorgung wegen der notwendigen palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung nicht ausreichend ist.
- Der oder die bisher Betreuenden sind regelmäßig mit dem aus der Krankheit resultierenden Versorgungsbedarf überfordert.

Bei Verlängerungsanträgen:

Wesentliche Veränderungen im Verlauf. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine Hospizversorgung im Besonderen notwendig?

Die Rückkehr in den häuslichen Bereich/andere Versorgungsbereiche (Pflegeeinrichtung) ist möglich oder wahrscheinlich:

- ja bei weiterer Stabilisierung im zeitlichen Verlauf von ca.
 nein derzeit nicht ausreichend stabil progredienter Verlauf

Ergänzendes und weiterführende Hinweise:

Datum

Unterschrift des ausfüllenden Arztes

Arztstempel/Klinikstempel