

Hospiz Alzenau, Schumannweg 1, 63755 Alzenau,

Tel: 06023/320376-0, Fax: 06023/320376-21

Erhebungsbogen zur Aufnahme ins Hospiz Alzenau

(Verfahren zur Bewertung der Notwendigkeit des Hospizaufenthaltes)

Im Folgenden bei Auswahlantworten bitte Zutreffendes unterstreichen!

Personenbezogene Daten

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Versicherung-Nr.: _____

Medizinische/pflegerrelevante Daten

Momentaner Aufenthalt/Derzeitige Behandlung: (Krankenhaus/Arzt/...)

Krankenhausaufenthalte in den letzten 6 Monaten:

Diagnose(n): _____

Hospiz Alzenau, Schumannweg 1, 63755 Alzenau,

Tel: 06023/320376-0, Fax: 06023/320376-21

Therapieverlauf:

(letzten 6 Monate)

Aktuelle Therapie:

Voraussichtliche palliativ-medizinische/ palliativ-pflegerische Therapie:

Begründung für die Notwendigkeit der Aufnahme ins Hospiz:

Vorhandene zuleitende und/oder ableitende Systeme? (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Portanlage

Blasendauerkatheter

PEG/PEJ

Erstellt: V. Sauer, Geprüft: S. Bergmann, Freigegeben: S. Bergmann
Einwilligung Apotheke, Stand: 04/2010

Hospiz Alzenau, Schumannweg 1, 63755 Alzenau,

Tel: 06023/320376-0, Fax: 06023/320376-21

Anus preater

Drainage

Tracheostoma

sonstige: _____

Vorhandene oder benötigte Hilfsmittel? (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Rollstuhl

Sauerstoff-Gerät

Absauggerät

Heimbeatmungsgerät

Antidekubitus-Matratze

sonstige: _____

Pflegeleistungen gemäß SGB XI

Wurde bereits eine Einstufung in die Pflegestufen gemäß SGB XI vorgenommen?

ja

nein

wenn ja, welche Pflegestufe liegt vor?

St. I

St. II

St. III

Wurden in der Vergangenheit bereits ambulante Pflegeleistungen erbracht?

ja

nein

wenn nein, wurden ambulante Pflegeleistungen beantragt?

ja

nein

Wurden in der Vergangenheit bereits stationäre Pflegeleistungen erbracht?

ja

nein

wenn ja, in welcher Pflegeeinrichtung? _____

wenn nein, erscheint die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung momentan möglich?

ja

nein

wenn nein, Begründung? _____

Hospiz Alzenau, Schumannweg 1, 63755 Alzenau,

Tel: 06023/320376-0, Fax: 06023/320376-21

Allgemeine Daten:

Sind Antragsteller (Patient) und dessen Angehörige über die gesundheitliche Situation umfassend aufgeklärt?

ja nein

Ist die Stellungnahme des überweisenden Arztes (letzte/r Arztbrief/e) beigelegt?

ja nein

Kontaktdaten des überweisenden Arztes:

Anmerkungen/Besonderheiten:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hospiz Alzenau, Schumannweg 1, 63755 Alzenau,

Tel: 06023/320376-0, Fax: 06023/320376-21

Bei Aufnahme in das Hospiz bitten wir Sie dringend um die Mitgabe der benötigten Medikamente für 24 Stunden!

Entscheidung des MDK

Die Voraussetzungen der Rahmenvereinbarung vom 13.03.1998 i. d. F. vom 09.02.1999 nach § 39 a SGB V sind erfüllt.

ja

nein

Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____