**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. Krankenhausentlassberichte 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: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **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. leiche 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!**

1. **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