

**Hospizbestätigungsbogen - per Fax an den zuständigen MDK zu leiten!**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdEK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am:						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK. Gültig bis		Datum		

**Bestätigung zur stationären/  
teilstationären Hospizversorgung**

Hospizpflege **ist notwendig als**  
 stationäre  teilstationäre Versorgung

Hospizversorgung **ist notwendig, weil**  
 die Erkrankung progredient verläuft und im fortgeschrittenen Stadium ist  
 kurative Therapie nicht möglich ist  
 pall.-med. Behandlung notwendig oder erwünscht ist  
 Finalpflege nötig ist  
 Krankenhausbehandlung so vermieden oder verkürzt werden kann

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

ab (Datum) \_\_\_\_\_

bei Verlängerung voraussichtlich notwendig bis (Datum) \_\_\_\_\_

1. Die vorgenannte Person befindet sich bzw. seit dem .....20..... in einem:	
a) Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	
c) vollstationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	
oder	Bereits vorhandener Pflegegrad:
In der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/>	
2. Diagnose(n) für die Begründung der Hospizversorgung:	
3. Seit wann besteht das Hauptleiden? Bisheriger Behandlungsverlauf? Progredienz der letzten 3 Monate? Prognose/Schweregrad der Erkrankung? Bei Folgeverordnung – zwischenzeitlicher Krankheitsverlauf!	
<input type="checkbox"/> bei Folgeverordnung weiter ab Punkt 6	

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!

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

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

---



---



---



---

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
Medikation			
Injektion			

**Sonstiges:**


---



---



---



---

**7. Notwendige Maßnahmen**

## a) Arztvisite

täglich                       mehrmals wöchentlich                       seltener oder nach Bedarf

## b) Fachpflegerische Maßnahmen/palliativpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung (z. B. Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren)

nein                       ja                      Wenn ja, welche?

## c) Medikamente/Injektionen

8. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine stationäre/teilstationäre Hospizversorgung im Besonderen notwendig?

9. Voraussichtliche abschätzbare Dauer der Notwendigkeit einer stationären/teilstationären Hospizversorgung:

Bei teilstationärer Hospizpflege bitte ergänzend angeben die Anzahl geplanten Aufenthalte pro Woche:

..... x / Woche

10. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

11. Rückkehr in häuslichen Bereich/andere Versorgungsbereiche (Pflegeeinrichtung) möglich oder wahrscheinlich?

- ja                       bei weiterer Stabilisierung  
 nein, weil             derzeit nicht ausreichend stabil       progredienter Verlauf

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes / Ärztin

**Erklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte (Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Hausarzt) in die Begutachtung mit einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung und Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Diese Unterlagen sind unmittelbar an den MDK Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu versenden. Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den MDK BB weitergeleitet werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen. Es findet dann keine weitere Datenverarbeitung mehr statt. Die Widerrufserklärung ist an den MDK Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem MDK Berlin-Brandenburg / der Pflegekasse zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung ihrer Daten ist bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig. Mit Ihrer Einwilligung sind die Pflege- und Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben Ihrer Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Ihre Pflegekasse benötigt die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen bzw. stationären Pflege nach §§ 36, 37, 38, 42 und 43 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.lida.brandenburg.de>.

---

Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer

**Formular wurde ausgefüllt von:**

---

Name/Funktion/Telefon

Unterschrift

Bitte als Ergänzung zum Hospizbestätigungsbogen ausfüllen!

**Informationen für die aufnehmenden Hospize**

**Datum :**

**Für Frau/Herrn:** \_\_\_\_\_

**1. Aktueller Aufenthaltsort** \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**2. Geplante Veränderungen/Verlegungen/Entlassung** \_\_\_\_\_

**3. Angehörige/Ansprechpartner**

Name	
Verwandtschaftsgrad/Bezug	
Telefonnummern	Festnetz:
	Mobil:
Anschrift	Straße:
	Ort:

**4. In welchem Umfang ist vorgenannte Person über ihre Situation (Erkrankung) informiert?**

Voll informiert

Einverstanden mit Hospizversorgung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Besteht bereits eine ambulante onkologische Versorgung oder SAPV?** ja  nein

Wenn ja, durch welchen Arzt bzw. Praxis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Anlage wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

