

**Hospizbestätigungsbogen - per Fax an den zuständigen Medizinischen Dienst zu leiten!**

AOK <input type="checkbox"/>	LKK <input type="checkbox"/>	BKK <input type="checkbox"/>	IKK <input type="checkbox"/>	VdEK <input type="checkbox"/>	AEV <input type="checkbox"/>	Knappschaft <input type="checkbox"/>
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 \_\_\_\_\_  
in einem:

a) Krankenhaus

b) Kurzzeitpflege

c) vollstationäre Pflegeeinrichtung

oder

In der eigenen Wohnung

Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wurde beantragt

ja

nein

Bereits vorhandener Pflegegrad: \_\_\_\_\_

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!

bei Folgeverordnung weiter ab Punkt 6

**Hospizbestätigungsbogen Stand: Mai 2021**

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>				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>				
Waschen des vorderen Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung parenteral/PEG/PEJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/Umgang mit Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**Hospizbestätigungsbogen Stand: Mai 2021**

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Injektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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



.....

**Hospizbestätigungsbogen Stand: Mai 2021**

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



**Hospizbestätigungsbogen Stand: Mai 2021**

---

**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 Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu versenden. Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg 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 Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem Medizinischen Dienst 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(in)/Betreuer(in)

**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: \_\_\_\_\_

