**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