

Anlage zum Kostenübernahmeantrag für Hospizaufnahme



Hospiz am Buck GmbH
gemeinnützige Gesellschaft

Blatt 1

Angaben zur Person:

Frau / Herrn _____

geboren am _____

Anschrift _____

Kranken-/Pflegekasse _____

Versicherten-Nr.: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

Telefon und Fax Hausarzt: _____

Diagnose: _____

SAPV momentan involviert? Ja Nein

Auf **wenige Monate begrenzte** Lebenserwartung Ja Nein

Ist palliativ-medizinische Behandlung
erforderlich, die durch eine ambulante Versorgung
im Haushalt oder durch Familie nicht gewährleistet
werden kann? Ja Nein

Ist eine ambulante Versorgung im Haushalt
oder in der Familie ausreichend? Ja Nein

Wurde Patient/in in die Entscheidungsfindung
der stationären palliativ-medizinischen Versorgung
mit eingebunden Ja Nein

Ist eine Betreuung in einem Pflegeheim
möglich und ausreichend? Ja Nein

Patientenverfügung/-Vollmacht ist wünschenswert!

Arztberichte und Medikamentenplan sind erforderlich!

Anlage zum Kostenübernahmeantrag für Hospizaufnahme



Hospiz am Buck GmbH
gemeinnützige Gesellschaft

Blatt 2

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: _____

Folgendes Vorgehen wird vereinbart:

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Reanimation/Wiederbelebung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Intubation/maschinelle Beatmung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Transfusionsbehandlung bei Blutung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Diagnostik/Antibiotika bei Fieber | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| PEG (Ernährungssonde durch Bauchdecke)
bei Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Einweisung in die Chirurgie
bei Darmverschluss | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Klinikeinweisung nur im Rahmen
eines Unfallgeschehens | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Die Patientin/Der Patient darf
in der nächsten Krise sterben | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer (WICHTIG: ANGEHÖRIGE und ARZT!) anrufen:

Patient/Bevollmächtigter: _____
Ort/Datum/Unterschrift

anmeldender Arzt: _____
Ort/Datum/Unterschrift + Stempel