



Anlage zum Kostenübernahmeantrag für eine Aufnahme im stationären Hospiz

☐ **Stationäres Hospiz Arista NORD**

Tunnelstraße 10
76646 Bruchsal
Tel. 07251 94295-0
Fax: 07251 94295-18
info@hospiz-arista-nord.de

☐ **Stationäres Hospiz Arista SÜD**

Pforzheimer Straße 33a
76275 Ettlingen
Tel.: 07243-94542-0
Fax: 07243-94542-22
info@hospiz-arista-sued.de

Angaben zum Patienten/zur Patientin:

Vorname/Name:

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

geboren am:

Anschrift:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Telefon:

E-Mail:

Fax:

Voraussetzungen für eine Hospizaufnahme:

- Es liegt ein progredienter Krankheitsverlauf im fortgeschrittenen Stadium vor.
- Die Lebenserwartung ist auf Wochen oder wenige Monate begrenzt.
- Eine Heilung ist ausgeschlossen; eine palliativmedizinische Behandlung ist notwendig oder wird vom Patienten ausdrücklich gewünscht.
- Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V ist nicht erforderlich.
- Die ambulante Versorgung reicht nicht mehr aus, um den bestehenden Versorgungsbedarf abzudecken.
- Eine stationäre Versorgung in einem Altenpflegeheim ist nicht ausreichend gewährleistet.

Ärztliche Stellungnahme zur Aufnahme in ein stationäres Hospiz

Erkrankung im Finalstadium	☐ Ja	☐ Nein
Begrenzte Lebenszeit	☐ Ja	☐ Nein
Krankenhausaufenthalt erforderlich	☐ Ja	☐ Nein
Ist palliativmedizinische Behandlung erforderlich oder gewünscht?	☐ Ja	☐ Nein
Ist eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie ausreichend	☐ Ja	☐ Nein
Ist eine teilstationäre Hospizverordnung ausreichend	☐ Ja	☐ Nein

Diagnose/Prognose:

Begründung:

Wichtig ist eine detaillierte Begründung der Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung anhand der oben genannten Kriterien

Sind ansteckende Krankheiten bekannt?
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Bitte ggf. weitere ärztliche Unterlagen beifügen.

Bitte dieses Dokument unter Berücksichtigung der Vorschriften der DSGVO an die Krankenkasse weiterleiten.

Bei Rückfragen können Sie mich unter folgender Telefonnummer erreichen:

Tel.:

Ort/Datum:

Unterschrift/Stempel:

Ergänzungsbogen für die ärztliche Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Hospizbehandlung gemäß § 39a SGB V

Stammdaten der Antragstellerin/des Antragstellers				
Name, Vorname: _____			Geb.Datum: _____	
Pflegeleistungen				
☐ Keine	☐ beantragt	☐ Pflegegrad 0	☐ Pflegegrad 1	☐ Pflegegrad 2
		☐ Pflegegrad 4	☐ Pflegegrad 5	☐ Pflegegrad 3
Grunderkrankung				
Hauptdiagnose(n): _____				
Psychische Symptome nach ICD 10: _____				
☐ Progredient verlaufende, weit fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung				
Symptome				
☐ Schmerzen	☐ Pleuraergüsse	☐ Kachexie	☐ Lymphödem	☐ Verwirrtheit
☐ Übelkeit	☐ Blutungsneigung	☐ Fatigue	☐ Lymphödem	☐ Unruhe
☐ Erbrechen	☐ Krampfneigung	☐ Schwindel	☐ Wunde	☐ Angst
☐ Atemnot	☐ Diarrhoe	☐ Schluckstörung		☐ Panikattacken
☐ Aszites	☐ Obstipation	☐ ungewollte Gewichtsabnahme		☐ sonstige kognitive Beeinträchtigungen
Im Vordergrund stehende Symptomatik				
Bewusstseinslage				
Bewusstsein ☐ wach ☐ reagiert adäquat ☐ reagiert nicht adäquat ☐ somnolent ☐ komatös				
Orientierung	Ja	Nein	teilweise	
Person	☐	☐	☐	
Ort	☐	☐	☐	
Zeit	☐	☐	☐	
Situation	☐	☐	☐	
Kommunikation gestört in Bezug auf Sprechen ☐ Sprachverständnis ☐ Hören ☐ Sehen ☐				
Soziale Situation				
☐ Häusliche Versorgung nicht möglich, weil				
(Datum) _____		(Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes) _____		