

Ärztlicher und pflegerischer Fragebogen – Aufnahme Hospiz Coburg

Caritas-Hospiz Coburg, Kükenthalstrasse 21, 96450 Coburg Telefon: 09561 / 32925-0
Telefax: 09561 / 32925-99



E-Mail: hospiz-lebensraum@caritas-coburg.de

Anschrift der Krankenkasse:	Name:
	Vorname:
	Geb.-Datum:
	Straße:
	PLZ/Ort:
	KV-Nr.: Kassennummer: Status:

Erstantrag ☐

Folgeantrag ☐

Begrenzte Lebenserwartung (Tage, Wochen bis wenige Monate)

ja ☐

Die palliativ-medizinische Versorgung in einem Hospiz ist auf Grund folgender Erkrankung / Diagnosen notwendig:

Verlauf und Stadium der Erkrankung, ggf. Angabe zur Metastasierung/ Prognose

(sofern Ihnen aktuelle Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie, diese zur Weiterleitung an den MDK beizulegen.)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Körperliche Schwäche | ☐ Müdigkeit | ☐ Motorische Unruhe |
| ☐ Übelkeit / Erbrechen | ☐ Appetitlosigkeit | ☐ Kachexie ☐ Schluckstörung |
| ☐ Ödeme / Lymphödem | ☐ Aszites | ☐ Mundtrockenheit |
| ☐ Verstopfung | ☐ Durchfall | ☐ Urologische Symptome |
| ☐ Blutungen | ☐ Dekubitus | ☐ exulcerierende Tumore |
| ☐ Atemnot | ☐ Husten | ☐ Sauerstoffbedarf |
| ☐ Schmerzen | ☐ Neurologische Symptome | |
| ☐ Schlafstörung | ☐ Angst | ☐ depressive Stimmung ☐ Verwirrtheit |

Erläuterungen:

Ärztlicher und pflegerischer Fragebogen – Aufnahme Hospiz Coburg

Palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Bedarf besteht in Bezug auf:

☐ Psychosoziale / seelsorgliche Unterstützung ☐ Krisenintervention / Symptomkontrolle

☐ Überwachung von Schmerztherapie nach WHO- Schema

☐ s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution ☐ s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten

☐ Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln)

☐ Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata

☐ Versorgung von Kathetern und Drainagen ☐ Spezielle Wundversorgung

☐ Enterale Ernährung (PEG) ☐ Parenterale Ernährung ☐ Sauerstoffbedarf

☐ Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen

Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor ja ☐ nein ☐

Der Patient / die Patientin leidet an einer Suchterkrankung ja ☐ nein ☐

Möglichkeit häuslicher Versorgung ist nicht gewährleistet ja ☐ nein ☐

Überforderung der Angehörigen / Patient ist alleinlebend ja ☐ nein ☐

Hospizpflege ist ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten ja ☐

Weitere Informationen und Kontaktdaten Angehörige/ Betreuer:

Arztstempel

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes