

Ärztlicher und pflegerischer Fragebogen – Aufnahme Hospiz Coburg

Caritas Hospiz Lebensraum, 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.

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.)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Körperliche Schwäche | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> Ödeme / Lymphödem | <input type="checkbox"/> Aszites | <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Urologische Symptome |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> exulcerierende Tumore |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Neurologische Symptome | |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung | <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> depressive Stimmung <input type="checkbox"/> 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:

Arztstempel

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes