

Fragebogen zu stationärer Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB

Seite 1 v. 2

- Erstantrag Widerspruch
 Verlängerungsantrag - Aufnahme am:

Krankenkasse: _____

Name, Vorname:

Geb.Datum:

Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium:

Metastasen: ja nein welche:

Begleiterkrankungen:

Allgemeine Befunde:

1) AZ: EZ: Gewicht/Größe: Haut:

2) Psychische Auffälligkeiten:

Bisherige Therapien: operativ ja nein wann:
 Chemotherapie ja nein wann:
 Radiatio ja nein wann:

I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie

1. **Symptomkontrolle:** Schmerzen Dyspnoe Erbrechen

Übelkeit Obstipation Durchfälle Depression Ängste Haut

2. **Medikamente:** oral i.v. i.m. s.c. Infusion Vernebelung Inhalation

Welche:

3. **Andere Therapie:**

Chemotherapie Radiatio KG Lymphdrainage Atemtherapie

4. **Besonderheiten:**

Port PEG-Magensonde Sauerstoffgabe BZ/RR-Kontrolle DK/Zysto-Fix

Anus Praeter Urostoma Tracheostoma Wundbehandlung

II. Psycho/soziale Betreuung:

-familiäre Situation / soziales Umfeld:

-erforderliche psychosoziale Begleitung:

Ort/Datum:

Name/Unterschrift/Stempel des Hausarztes oder Krankenhausarztes

III. Hilfebedarf in der Grundpflege

Name, Vorname: _____
 Bisherige Pflegestufe: ____

Geb. Datum: _____

	Selbstständig	Anleitung/Beaufsichtigung	Teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Häufigkeit in 24 Std.
KÖRPERPFLEGE					
Waschen					
01. Waschen Oberkörper					
02. Waschen Unterkörper					
03. Waschen Hände/Gesicht					
04. Duschen / Baden					
05. Zahn- / Prothesenpflege					
06. Kämmen					
07. Rasieren					
Blasen-/Darmentleerung					
08. Wasserlassen/Stuhlgang/Nachsorge					
10. Richten d. Bekleidung bei Toilettengang					
11. Windelwechsel nach Wasserlassen					
12. Windelwechsel nach Stuhlgang					
13. Wechsel kl. Vorlagen					
14. Wechseln/Entleeren Urinbeutel/ Stomabeutel/ Toilettenstuhl					
ERNÄHRUNG					
16. mundger. Zubereitung					
17. Nahrungsaufnahme					
18. Sonden/parenterale Ernährung					
MOBILITÄT					
19. Aufstehen/Zubettgehen					
20. Lagern					
21. Transfer					
22. Gehen					
Kleiden					
23. Ankleiden - Gesamt					
Ankleiden - OK/UK					
Auskleiden - Gesamt					
Auskleiden - OK/UK					

regelmäßige nächtliche Pflegehandlungen nein ja - Welche
 - Häufigkeit

individuelle Besonderheiten:

Ort/Datum Unterschrift/Stempel