

Fragebogen zur **teilstationären** Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39 a SGB V!

<input type="checkbox"/> Erstantrag		<input type="checkbox"/> Widerspruch	
<input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag – Aufnahme am:			
Krankenkasse:			
Name, Vorname:		Geb.-Datum:	
Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium:			
Metastasen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche:			
Begleiterkrankungen:			
Allgemeine Befunde:			
1) AZ:	EZ:	Gewicht/Größe:	Haut:
2) Psychische Auffälligkeiten:			
Bisherige Therapien:	operativ	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann:
	Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann:
	Radiatio	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann:
<b>I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie</b>			
<b>1. Symptomkontrolle:</b>			
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Obstipation	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Ängste	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Dyspnoe
<b>2. Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> Infusion <input type="checkbox"/> Vernebelung <input type="checkbox"/> Inhalation			
Welche:			
<b>3. Andere Therapie:</b>			
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Radiatio	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Atemtherapie
<b>4. Besonderheiten:</b>			
<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> PEG-Magensonde	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> BZ/RR-Kontrolle
<input type="checkbox"/> Anus Praeter	<input type="checkbox"/> Urostoma	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Wundbehandlung
<b>II. Psychosoziale Betreuung:</b>			
Familiäre Situation / soziales Umfeld:			
Erforderliche psychosoziale Begleitung:			
Ort, Datum		Name/Unterschrift/Stempel d. Hausarztes oder Krankenhausarztes	

- ja      Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten  
 nein     Erkrankung: \_\_\_\_\_

Fragebogen zur **teilstationären** Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39 a SGB V!

**III. Hilfebedarf in der Grundpflege**

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Bisherige Pflegestufe:

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

Regelmäßige nächtliche Pflegebehandlungen

nein  ja Welche:

Häufigkeit:

Individuelle Besonderheiten:

Ort Datum

Unterschrift/Stempel



**Das Hospiz**  
zwischen Elbe und Weser