

# Anfragebogen zur Aufnahme in den stationären Hospizen der Region Rhein-Neckar Bergstraße

<b>1 Anfragende Person/Einrichtung:</b>	Datum:
Ansprechpartner*in für Rückmeldungen bzw. bei Aufnahme ins Hospiz:	Tel.:
Derzeitiger Aufenthaltsort des/der Patient*in:	
Anfragestatus <input type="checkbox"/> a.) Voranfrage <input type="checkbox"/> b.) Anfrage <input type="checkbox"/> c.) dringend	

<b>2 Patientendaten:</b>			
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>	
Geburtsdatum:		Familienstand:	
Straße:		Konfession:	
PLZ:	Ort:	Tel.:	
Krankenkasse:		Beihilfe: <input type="checkbox"/> mit %; Personal-Nr.:	
Versicherten-Nr.:		Beihilfestelle:	
		Zuzahlungsbefreiung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Pflegegrad: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		beantragt: <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein	
Lebenssituation:			
<b><u>Zugehörige*r 1:</u></b>		Beziehung zur angefragten Person:	
Straße:		Festnetz-Nr.:	
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:	
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/>		Email-Adresse:	
Finanzielle Angelegenheiten: <input type="checkbox"/>			
<b><u>Zugehörige*r 2:</u></b>		Beziehung zur angefragten Person:	
Straße:		Festnetz-Nr.:	
PLZ/Ort:		Mobil-Nr.:	
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/>		Email-Adresse:	
Finanzielle Angelegenheiten: <input type="checkbox"/>			

<b>3 Hauptdiagnose &amp; aktuelle Probleme/Symptome:</b>	
Sonstiges/ weitere Bemerkungen:	
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
<b>4 SAPV-Team:</b>	Tel.:
Hausarzt/Facharzt:	Tel.:
Pflegedienst/amb. Hospizdienst:	Tel.:
Angefragt in den Hospizen 1. _____ 2. _____ 3. _____	

# Anfragebogen zur Aufnahme in den stationären Hospizen der Region Rhein-Neckar Bergstraße

## Erläuterungen zum Anfragebogen:

Generell kann eine Anmeldung in einem der Hospize in der Metropolregion Rhein-Neckar niedrigschwellig erfolgen – eine unverbindliche Anmeldung ist durch alle Personen möglich, die sich dafür zuständig fühlen.

Für eine Anmeldung sind noch keine weiteren Unterlagen notwendig – eine ärztlich attestierte Hospiznotwendigkeitsbescheinigung, Arztbriefe etc. benötigen wir erst spätestens dann, wenn es zu einer Aufnahme ins Hospiz kommt. Die Details besprechen wir dann gerne im jeweiligen Einzelfall.

1. **Anfragende Person/Einrichtung:** Bitte geben Sie unbedingt eine **Kontaktperson** an, bei der wir uns bei Fragen melden können sowie, wenn es zu einer Aufnahme ins Hospiz kommt. Diese Person sollte gut erreichbar sein und unabhängig vom Aufenthaltsort der angemeldeten Person für Informationen zur Verfügung stehen.

### Anfragestatus:

- a. **Voranfrage:** dies bedeutet, dass zwar eine entsprechende Diagnose vorliegt, die Situation jedoch noch nicht so akut ist, dass eine Hospizaufnahme zeitnah erfolgen müsste. In diesem Fall **melden Sie sich bitte aktiv bei uns**, wenn sich die Situation verändert/verschlechtert, so dass wir die angemeldete Person in die Liste der akuten Anfragen aufnehmen können.
  - b. **Anfrage:** dies bedeutet, dass aufgrund der Symptomatik und/oder der Versorgungslage eine zeitnahe Hospizaufnahme notwendig wäre. In diesem Fall **melden wir uns aktiv bei Ihnen**, wenn wir ein freies Zimmer anbieten können, und besprechen die nächsten Schritte mit Ihnen. Die angemeldete Person ist über ihre Erkrankung und das Hospiz aufgeklärt; es könnte theoretisch am nächsten Tag zur Aufnahme kommen.
  - c. **Dringend:** dies markieren Sie bitte, wenn die Situation aufgrund der Symptomatik und/oder Versorgungslage besonders dringend ist und eine Hospizaufnahme möglichst innerhalb der nächsten Tage erfolgen sollte.
2. **Patientendaten:** Bitte füllen Sie diesen Teil **vollständig** aus – Sie helfen uns damit, alle erforderlichen Daten parat zu haben.

**WICHTIG:** falls die angemeldete Person Mitglied einer **privaten Krankenversicherung** ist, informieren Sie die Versicherung bitte **im Vorfeld** über die Situation und holen sich eine (schriftliche) **Kostenzusage** für die Hospizversorgung ein.

Bitte vermerken Sie bei den **Kontakt Daten der Zugehörigen**, ob diese eine **Vorsorgevollmacht** besitzen, ob sie **finanzielle Angelegenheiten** regeln dürfen bzw. ob eine **gesetzliche Betreuung** vorliegt. Dies sind wichtige Informationen für uns!

3. **Hauptdiagnose & aktuelle Probleme/Symptome:** bitte geben Sie hier die wichtigsten **medizinischen Diagnosen** an, die die Hospizaufnahme rechtfertigen. Des weiteren skizzieren Sie bitte in Stichworten die **momentan auftretenden Probleme / die Symptomatik** wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Desorientiertheit, Angst, Bettlägerigkeit, keine Nahrungs- & Flüssigkeitsaufnahme mehr, Sauerstoffgabe, parenterale Ernährung etc. – so bekommen wir ein Bild von der aktuellen Situation und können entsprechend handeln.

**Sonstiges/weitere Bemerkungen:** hier vermerken Sie bitte, wenn z.B. eine Versorgungsnotlage besteht, aber auch, wenn z.B. noch weitere medizinischen Behandlungen/Maßnahmen geplant sind, wenn ein Entlassdatum aus der versorgenden Einrichtung ansteht oder eben all das, was wir im Vorfeld bzgl. der Person/Situation noch wissen sollten.

4. **Beteiligte Dienste:** bitte notieren Sie hier die bisher in die Versorgung involvierten Dienste. Ggf. halten wir direkt Rücksprache mit diesen bzw. holen dort noch weitere, fachliche Informationen ein. Sie helfen uns damit, den Übergang in unser Hospiz möglichst reibungslos zu gestalten!

**Angefragt in den Hospizen:** bitte notieren Sie **maximal 3 Hospize**, in welchen Sie für die betroffene Person einen Platz anfragen. Bitte informieren Sie uns bei Veränderungen (Versterben/Verlegung usw.)

**VIELEN DANK für Ihre Mithilfe – und melden Sie sich bitte gerne bei uns, falls Sie noch Fragen haben bzw. einen Gesprächs-/Beratungstermin in unserem Haus vereinbaren möchten!**