

# Ärztlicher und pflegerischer Fragebogen – Aufnahme Hospiz Coburg

Caritas-Hospiz Coburg, Kükenthalstrasse 21, 96450 Coburg Telefon: 09561 / 32925-0  
E-Mail: hospiz@caritas-pflege-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