

# Anlage zum Kostenübernahmeantrag für Hospizaufnahme



Hospiz am Buck GmbH  
gemeinnützige Gesellschaft

Blatt 1

Angaben zur Person:

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon und Fax Hausarzt: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

SAPV momentan involviert?  Ja  Nein

Auf **wenige Monate begrenzte** Lebenserwartung  Ja  Nein

Ist palliativ-medizinische Behandlung  
erforderlich, die durch eine ambulante Versorgung  
im Haushalt oder durch Familie nicht gewährleistet  
werden kann?  Ja  Nein

Ist eine ambulante Versorgung im Haushalt  
oder in der Familie ausreichend?  Ja  Nein

Wurde Patient/in in die Entscheidungsfindung  
der stationären palliativ-medizinischen Versorgung  
mit eingebunden  Ja  Nein

Ist eine Betreuung in einem Pflegeheim  
möglich und ausreichend?  Ja  Nein

Patientenverfügung/-Vollmacht ist wünschenswert!

Arztberichte und Medikamentenplan sind erforderlich!

# Anlage zum Kostenübernahmeantrag für Hospizaufnahme



Hospiz am Buck GmbH  
gemeinnützige Gesellschaft

Blatt 2

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: \_\_\_\_\_

Folgendes Vorgehen wird vereinbart:

Reanimation/Wiederbelebung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Intubation/maschinelle Beatmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Transfusionsbehandlung bei Blutung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Diagnostik/Antibiotika bei Fieber	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
PEG (Ernährungssonde durch Bauchdecke) bei Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Einweisung in die Chirurgie bei Darmverschluss	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Klinikeinweisung nur im Rahmen eines Unfallgeschehens	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Die Patientin/Der Patient darf in der nächsten Krise sterben	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

**Wenn eine Aufnahme möglich ist, können wir Sie unter folgender Telefonnummer (WICHTIG: ANGEHÖRIGE und ARZT!) anrufen:**

---

---

Patient/Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift

anmeldender Arzt: \_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift + Stempel