





**Hospizbestätigungsbogen Stand: 02/2025**

**Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:**

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/ abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)?

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit
	Nein	Ja	Täglich (Wie oft wird verabreicht?)
Medikation			
Injektion			

7. Notwendige Maßnahmen

a) Arztvisite

täglich                       mehrmals wöchentlich                       seltener oder nach Bedarf

b) Fachpflegerische Maßnahmen/palliativpflegerische Maßnahmen

aufgrund ärztlicher Verordnung (z. B. Verbände, Infusionen, Spülungen, Dekubituspflege, Katheterisieren)

nein                       ja                      Wenn ja, welche?

c) Medikamente/Injektionen



**Hospizbestätigungsbogen Stand: 02/2025**

8. Welche neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, pflegerischer oder sonstiger Art machen eine stationäre/teilstationäre Hospizversorgung im Besonderen notwendig?

9. Voraussichtliche abschätzbare Dauer der Notwendigkeit einer stationären/teilstationären Hospizversorgung:

Bei teilstationärer Hospizpflege bitte ergänzend angeben die Anzahl geplanten Aufenthalte pro Woche:

..... x/Woche

10. Besondere Bemerkungen/weiterführende Hinweise:

11. Rückkehr in häuslichen Bereich/andere Versorgungsbereiche (Pflegeeinrichtung) möglich oder wahrscheinlich?

- ja                       bei weiterer Stabilisierung  
 nein, weil               derzeit nicht ausreichend stabil               progredienter Verlauf

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes / Ärztin

**Hospizbestätigungsbogen Stand: 02/2025**

**Erklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse und der Medizinische Dienst meine behandelnden Ärzte (Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte, Hausarzt) in die Begutachtung mit einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung und Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Diese Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu versenden. Soweit der Pflegekasse von mir freiwillig überlassene Unterlagen vorliegen, dürfen diese ebenfalls an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg weitergeleitet werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen. Es findet dann keine weitere Datenverarbeitung mehr statt. Die Widerrufserklärung ist an den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / die Pflegekasse zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt zu dem dieser dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg / der Pflegekasse zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung ihrer Daten ist bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig. Mit Ihrer Einwilligung sind die Pflege- und Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben Ihrer Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Ihre Pflegekasse benötigt die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen bzw. stationären Pflege nach §§ 36, 37, 38, 42 und 43 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.lida.brandenburg.de>.

---

Datum

Unterschrift Versicherter(in)/Betreuer(in)

**Formular wurde ausgefüllt von:**

---

Name/Funktion/Telefon

Unterschrift