

Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2008/2009

Fragebogen zur aktuellen Situation der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste in Deutschland

Eine korrekte Zuordnung zu den verschiedenen ambulanten Diensten entsprechend den Kriterien des DHPV ist nur mit kompletten Angaben möglich. Danke!

Name der Einrichtung			
Adresse			
ID-Nummer (vgl. Wegweiser 2006/07)		Bundesland	
Bürozeiten			
Telefon		Mobiltelefon	
Fax		Email	
Internet:.			
Träger			
Wie viele Patienten wurden von Ihrem Dienst insgesamt betreut?		2006	2007
Davon Kinder und Jugendliche			
Davon erhielten (Mehrfachzählungen möglich)			
<ul style="list-style-type: none"> • Begleitungen durch befähigte ehrenamtliche Mitarbeiter • Palliativ-pflegerische Beratung durch hauptamtliche Fachkraft • Palliativpflege durch hauptamtliche Fachkräfte 			
Zahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter im Hospizdienst insgesamt			
Davon standen als befähigte Ehrenamtliche für Begleitungen zur Verfügung:			
Davon für die Begleitung von Kindern und Jugendlichen befähigt			
Zahl der neu befähigten Ehrenamtlichen			
<ul style="list-style-type: none"> • Die Koordination erfolgt (bitte ankreuzen) ehrenamtlich hauptamtlich 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Stellenanteil hauptamtliche Koordination (in Vollkraftstelle angeben)			
• Stellenanteil für die Palliativberatung			
• Stellenanteil für die Palliative Pflege			
• Insgesamt haben wie viele Hauptamtliche eine Palliative-Care-Ausbildung:			
• Die Finanzierung erfolgt auch durch Zuschuss nach § 39a SGB V (bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Andere Formen der ambulanten Betreuung (z.B. ärztlicher Konsiliardienst, Brückenschwestern, Netzwerk Palliativmedizin etc.) 			
• Zahl der hauptamtl. Mitarbeiter für diesen Bereich (in Vollkraftstellen angeben)			
davon (in Vollkraftstellen angeben) Pflege:		Ärzte:	andere:
<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird dieser Dienst finanziert? (Bitte Art der Finanzierung angeben): 			
Die Einrichtung nimmt an einer vertraglich festgelegten Versorgungsregelung teil?		ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, an welcher:			
In welchen weiteren Bereichen ist Ihr ambulanter Dienst in 2007 tätig gewesen? (Bitte ankreuzen)			
Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit	<input type="checkbox"/>	Vermittlung von Hilfen	<input type="checkbox"/>
		Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/>
Befähigungskurse für Hospizhelfer	<input type="checkbox"/>	24 Stunden Einsatzbereitschaft	<input type="checkbox"/>
		Grundpflege bei Bedarf	<input type="checkbox"/>
Qualifizierte, regelmäßige Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten ja <input type="checkbox"/>		Zahl der Beratungen	2006 2007
Am Ort gibt es ein Netzwerk, Stützpunkt o.ä. zur Hospiz- und Palliativversorgung?		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Art und Name			
Bemerkungen:			