

Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin 2008/2009

Fragebogen zur Erhebung der aktuellen Situation der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen (Hospize, Palliativstationen) in Deutschland

ID-Nr. der Einrichtung			
Name der Einrichtung			
Krankenhaus <i>(bei Palliativstationen)</i>			
Anbindung an eine Einrichtung <i>(bei Hospizen)</i>			
Kontaktperson (ständiger Ansprechpartner):			
Adresse			
Bundesland			
Telefon			
Mobiltelefon			
Fax			
Email			
Internet:			
Träger			
Bettenzahl	davon: 1 Bettzimmer	2 Bettzimmer	Tagesplätze
Welche medizinische Fachrichtung leitet die Palliativstation? <i>(bitte ankreuzen)</i>			
Palliativmedizin <input type="checkbox"/>	Anästhesiologie <input type="checkbox"/>	Andere ? <input type="checkbox"/>	
Innere Medizin (einschl. Onkologie) <input type="checkbox"/>	Strahlentherapie <input type="checkbox"/>	è welche ? <input type="checkbox"/>	
Die Einrichtung befindet sich zurzeit im Aufbau. Voraussichtlicher Eröffnungstermin wird ca. <i>(Monat / Jahr)</i> sein.			<input type="checkbox"/>
Welche Patienten werden von Ihnen betreut? <i>(Bitte ankreuzen)</i>			
Tumorpatienten <input type="checkbox"/>	Pat. mit unheilbaren neurologischen Erkrankungen <input type="checkbox"/>		
Kinder <input type="checkbox"/>	Pat. mit unheilbaren internistischen Erkrankungen <input type="checkbox"/>		
andere <input type="checkbox"/>	AIDS-Patienten <input type="checkbox"/>		
è welche ? <input type="checkbox"/>			
Betreute Patienten <i>(Bitte Zahl angeben)</i>			
im Jahr 2006 betreut?	davon ca. % verstorben.	<i>Anteil Tumorpat. in %</i>	
im Jahr 2007 betreut?	davon ca. % verstorben.	<i>Anteil Tumorpat. in %</i>	
Die Verweildauer betrug in Tagen:	2006	Minimal Mittel Maximal	
	2007	Minimal Mittel Maximal	
Im Jahr 2006 noch keine Patientenbetreuung <input type="checkbox"/>	Im Jahr 2007 noch keine Patientenbetreuung <input type="checkbox"/>		
Im Laufe des Jahres 2006 erst mit der Patientenbetreuung begonnen <input type="checkbox"/>	Im Laufe des Jahres 2007 erst mit der Patientenbetreuung begonnen <input type="checkbox"/>		
Angeschlossene Einrichtungen <i>(Bitte ankreuzen!)</i>			
Eigener ambulanter Hospiz- oder Palliativdienst		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Brückenschwestern	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tagesklinik/ Tageshospiz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Konsiliardienst	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl Ärzte Pflege Sozialarbeiter	
Kooperation mit einem ambulanten Hospiz- oder Palliativdienst		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Weitere Angebote <small>(Bitte ankreuzen!)</small>			
Trauergruppe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Regelmäßige Supervision ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fort-/Weiterbildung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Qualitätszirkel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fallkonferenzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Andere ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
è welche?			
Hospiz: Haben Sie einen Versorgungsvertrag gemäß § 39 (Abs.1) SGB V ?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Aktueller Bedarfsatz / Tagessatz ?			€/ Tag
Palliativstation: Wie wird die Palliativstation finanziert?			
DRG	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sondervereinbarungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
è welche?			
Aktueller Tagessatz ?			€/ Tag
Die Einrichtung nimmt an einer vertraglich festgelegten Versorgungsregelung teil ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <small>(z.B. integrierte Versorgung, anderes Netzwerk, o.ä.)</small>			
Ist Ihre Einrichtung zertifiziert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, die Zertifizierung erfolgte durch:	Planen Sie eine Zertifizierung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Führen Sie regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit durch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	bei Patienten <input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/>	
Praktizieren Sie eine regelmäßige Dokumentation zur Qualitätssicherung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	HOPE <input type="checkbox"/> Anderes System <input type="checkbox"/>	è welches?
Angaben zur Zahl der Mitarbeiter in der Einrichtung			
Hauptamtlich in VK:	davon mit Qualifikation Pall.-Care (in VK):	Ehrenamtliche Mitarbeiter:	
In der Einrichtung vertretene Berufsgruppen			
Krankenpflege <input type="checkbox"/>	Altenpflege <input type="checkbox"/>	Ärzte <input type="checkbox"/>	
Psychologie <input type="checkbox"/>	Therapeutische Berufe <input type="checkbox"/>	Seelsorger <input type="checkbox"/>	
andere <input type="checkbox"/>	è welche?		
<small>(Falls Sie mit einem ambulanten Palliativ- oder Hospizdienst zusammenarbeiten, so sollten Sie diesen bitte auf dem Fragebogen zur Erfassung ambulanter Dienste gesondert aufführen. Nur dann kann er auch im Hospiz- und Palliativführer berücksichtigt werden!)</small>			
Bemerkungen			