

Stiftungen Sarepta | Nazareth

Kinderhospiz Bethel • Remterweg 55 • 33617 Bielefeld

Aufnahmebogen



Liebe Familien,

um Sie während Ihres Aufenthaltes im Kinder- & Jugendhospiz Bethel individuell und ganzheitlich begleiten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen möglichst vollständig ausgefüllt an uns zurück zu senden (per E-Mail, Fax oder postalisch). Diese Informationen ersetzen natürlich nicht den persönlichen Kontakt zu Ihnen, geben uns aber die Möglichkeit bereits vor dem Aufnahmegespräch in unserem Haus die Versorgung Ihres erkrankten Kindes, sowie mögliche Angebote und Hilfen für Sie als Familie zu planen und vorzubereiten. Eventuell wirken manche der Fragen sehr privat, die von Ihnen angegebenen Daten werden jedoch nur für interne Zwecke innerhalb des Kinder- & Jugendhospiz Bethel genutzt und nicht ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergeleitet! Natürlich können Sie selber entscheiden, welche Informationen Sie uns geben möchten und welche vielleicht nicht. Wenn Sie bereits über das ambulante Kinderpalliativteam ‚Der Weg nach Hause‘ Unterstützung erhalten, haben Sie sicherlich schon einmal einen ähnlichen Fragebogen ausgefüllt. In unserem stationären Angebot setzen wir allerdings andere Schwerpunkte, was Sie auch beim Durchgehen des Bogens merken werden. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die Beantwortung der Fragen. Oftmals wird es darum gehen, Ihre Situation in Ihren eigenen Worten darzustellen, um uns zu vermitteln, was Ihnen wichtig ist. Gerne dürfen Sie uns auch darüber hinaus Rückmeldung zu Wünschen und Anliegen Ihren Aufenthalt bei uns betreffend geben. Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie uns jederzeit kontaktieren.

Ihr Team des Kinder- & Jugendhospiz Bethel

Spendenkonto:

Stichwort „Hospizkind“ - Sparkasse Bielefeld
Konto 40 77 (BLZ 480 501 61)

Stiftung Sarepta

rechtsfähige, kirchliche Stiftung privaten Rechts
vertreten durch den Vorstand
(Vorstandsvors. Pastor Ulrich Pohl,
stellv. Vorstandsvors. Pastor Bernward Wolf)

Internet:

www.kinderhospiz-bethel.de
www.sarepta-nazareth.de

➤ **Ihre Familie**

<p><u>(leibliche) Mutter</u></p> <p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefon: mobil:</p> <p>E-Mail:</p> <p>Alter:</p> <p>Nationalität:</p> <p>Konfession:</p> <p>Berufstätigkeit:</p>	<p><u>(leiblicher) Vater</u></p> <p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefon: mobil:</p> <p>E-Mail:</p> <p>Alter:</p> <p>Nationalität:</p> <p>Konfession:</p> <p>Berufstätigkeit:</p>
<p><u>Betroffenes Kind</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Adresse:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p> <p>Sorgeberechtigt:</p>	<p><u>falls in einer Einrichtung betreut</u></p> <p>Name/Adresse der Einrichtung:</p> <p>Telefon:</p> <p>E-Mail:</p> <p>AnsprechpartnerIn:</p>
<p><u>Geschwister</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Adresse:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p>	<p><u>Geschwister</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Adresse:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p>
<p><u>Geschwister</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Adresse:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p>	<p><u>Geschwister</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Adresse:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p>

Weitere wichtige Personen (z.B. LebenspartnerInnen, Großeltern, Freunde):

<p><u>Position:</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefon: mobil:</p> <p>E-Mail:</p> <p>Alter:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p> <p>Berufstätigkeit:</p>	<p><u>Position:</u></p> <p>Name/Vorname:</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefon: mobil:</p> <p>E-Mail:</p> <p>Alter:</p> <p>Nationalität: Konfession:</p> <p>Berufstätigkeit:</p>
---	---

<u>Position</u>	<u>Position</u>
Name/Vorname:	Name/Vorname:
Adresse:	Adresse:
Telefon: mobil:	Telefon: mobil:
E-Mail:	E-Mail:
Alter:	Alter:
Nationalität: Konfession:	Nationalität: Konfession:
Berufstätigkeit:	Berufstätigkeit:

Wann und mit welchen Personen dürfen wir Sie zum Aufenthalt begrüßen. Wie wünschen Sie untergebracht zu werden?: (z.B. Aufenthaltszeitraum, An-/Abreisezeit? Reisebett oder Geschwisterzimmer notwendig?)

Ihre Familiensituation:

Bitte beschreiben Sie die Beziehungs- & Lebenssituation innerhalb der gesamten Familie -inklusive der weiteren wichtigen Personen (z.B. Beziehung der leiblichen Eltern zueinander, Wohnsituation der Kinder, Tagesgestaltung)

Welche Sprachen werden in Ihrem Haushalt gesprochen?

Ist ein/e DolmetscherIn notwendig? ja nein

Gibt es Dinge die Ihnen im Familienalltag besonders wichtig sind? (z.B. Rituale, Glauben, Haltungen)

Interessen der Familie: (Beschreiben Sie im Folgenden Interessen einzelner Familienmitglieder aber auch Ihrer Familie in Gemeinschaft)

Interessen (z.B. spielerisch, sportlich, kreativ, entspannend, drinnen oder draußen, in Gruppe oder allein, selbstbestimmt oder animiert)

Was ist das Ziel Ihres Aufenthalts bei uns?

Verpflegungswünsche (z.B. vegetarische Kost, Vorlieben & Abneigungen)

➤ **Die Situation Ihres erkrankten Kindes**

Bitte beschreiben Sie die Gesundheits-/Krankheitssituation Ihres Kindes (z.B. **Erkrankungen**, Ausprägung, Entwicklungsstand, Einschränkungen, **Allergien/Unverträglichkeiten**, **Implantate/Zugänge/Ableitungen/ Stomata**, Infektionsstatus/mikrobielle Besiedlung z.B. **MRSA, ESBL**)

Bitte beschreiben Sie die Versorgungssituation & den Versorgungsumfang Ihres Kindes (z.B. medizinisch, pflegerisch, pädagogisch, sozial)

Werden Sie von einem ambulanten Pflegedienst, einem Palliativteam oder einem Hospizdienst/-verein unterstützt? Wenn ja, von wem und in welchem Umfang?

Wer sind Ihre ärztlichen AnsprechpartnerInnen?

Welche Therapien/Verfahren/Anwendungen erhält Ihr Kind? Wie häufig/regelmäßig?

Sollen diese während Ihres Aufenthaltes bei uns weitergeführt werden? ja nein

Welche Unterstützungsleistungen stehen Ihnen und Ihrem Kind desweiteren zur Verfügung? (z.B. medizintechnische Betreuung, psychologische Betreuung, Apotheke, Sanitätshaus)

Haben Sie Empfehlungen zum Vorgehen in Notfallsituationen Ihr erkranktes Kind betreffend verfasst? Wenn ja, fassen Sie diese bitte kurz zusammen?

Alltäglicher Unterstützungsbedarf des Kindes: (Die Einteilung soll Ihnen helfen die verschiedenen Lebensbereiche zu betrachten, haben dabei aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Kommunikation (z.B. Sprachbarrieren? Kommunikationshilfen? Auffassungsgabe/Äußerungsmöglichkeit?)

Bewegung (z.B. Eigenständigkeit/Einschränkung beim bewegen, laufen, drehen? Sicherheit der Bewegungen? Unkontrollierte Bewegungen, Spastiken und/oder Kontraktionen? Ständige Lagerung und/oder **Rollstuhlpflicht?**)

Vitale Funktionen (z.B. geringe Belastbarkeit? Angestrengt? **Atemunterstützung** notwendig? **Sauerstoffbedarf? Überwachungspflicht?** Neigung zu Fieber?)

Körperpflege (z.B. Eigenständigkeit/Unterstützung bei der Körperpflege? Pflege von **Stomata/Wunden?** spezielle Hautpflege?)

Ernährung (z.B. Art, Menge und Häufigkeit der Kost? Vorlieben/Abneigungen/**Unverträglichkeiten?** Schluckstörungen? füttern/sondieren/Esstraining? **parenterale Ernährung?**)

Ausscheidung (z.B. Neigung zu Erbrechen, Verstopfung, Durchfall? Inkontinenz? **Ableitungssystem/ Katheter?** Abführmaßnahmen/-rituale/-hilfen?)

Kleidung (z.B. Eigenständigkeit/Unterstützung beim An-/Auskleiden? Anlage **orthopädischer Hilfsmittel?** häufiger Kleider-/Wäschewechsel aufgrund von Schwitzen, Speichelfluss?)

Ruhe/Schlaf/Entspannung (z.B. Schlafgewohnheiten? Ruhezeiten? Entspannungstechniken?)

Beschäftigung/Entwicklung (z.B. **kognitive Fähigkeiten**? Tagesgestaltung? Vorlieben? Aktivitäten?)

Geschlechtlichkeit (z.B. Scham? Aktivität?)

Sicherheit/ Gefährdung (z.B. Bettgitter/**Fixierung** notwendig? Sturzgefährdung?)

Beziehung/Interaktion/Soziales (z.B. fremdelnd? Offen? Ängstlich? Kooperativ?)

Sinneswahrnehmung (z.B. geräuschempfindlich? Eingeschränktes Seh-/Hörvermögen? Wahrnehmungsförderung/Unterstützungsmöglichkeiten? Schmerzempfindung/-bewältigung?)

Orientierung/Bewusstsein (z.B. Wachheitszustand? Wiedererkennung? **Anfallsleiden**/Umgang damit?)

Stimmung/Verhalten (z.B. Stimmungsschwankungen? Verhaltensauffälligkeiten?)

Umgang mit existenziellen Erfahrungen (z.B. Wissen, Gespräche, Aufklärung über die eigene Lebensperspektive? Umgang mit Ängsten? Umgang mit Krisensituationen?)

Individualität des Kindes:

Bitte beschreiben Sie die Vorlieben, Interessen Ihres Kindes

Bitte beschreiben Sie die Bedürfnisse, Gewohnheiten, Neigungen Ihres Kindes:

Welche Möglichkeiten, Kompetenzen bringt Ihr Kind mit?

Welche Besonderheiten im Umgang mit Ihrem Kind sind Ihnen wichtig uns mitzuteilen?

Welche Erfahrungen Ihres Kindes (positiv wie negativ) sind möglicherweise wichtig für uns zu wissen?

Wird in Ihrer Familie offen über die Situation des erkrankten Kindes gesprochen? Wenn nein, wo bestehen Einschränkungen?

➤ **Sonstige Auskünfte über Ihr erkranktes Kind**

<u>Größe (ca.)</u>	<u>Gewicht (ca.)</u>
<u>Krankenversicherung</u>	<u>Versichertennummer</u>
<u>Versichert über</u>	
<u>Pflegeversicherung</u>	<u>Versichertennummer</u>
<u>Pflegestufe</u>	
<u>Schwerbehindertenausweis/ Kennzeichen</u>	<u>Patientenverfügung/ EVN</u>

Zu Ihrem Aufenthalt bei uns bringen Sie bitte mit:

Von Ihrem Kinder-/ Hausarzt:

- ärztl. Bescheinigung zur Hospizversorgung (siehe Beilage) (welche Sie dem Antrag an die Krankenkasse beifügen – Original zur Krankenkasse, bitte Kopie für uns)
- Ärztlich unterzeichnete Verordnung über Medikamentenverabreichung
- Ärztliche Bescheinigung über Infektionsstatus
- Eventuell aktuellen Arztbrief
- Ggf. Heilmittelverordnung Physiotherapie
- Ggf. Heilmittelverordnung Ergotherapie
- Ggf. Heilmittelverordnung Logopädie
- Ggf. Transportschein für Rücktransport

Weitere notwendige Unterlagen:

- Antrag auf vollstationäre Hospiz- und Pflegeleistungen (siehe Beilage) welchen Sie **vor dem Aufenthalt** der Krankenkasse übermitteln (bitte Kopie für uns und ggf. Bewilligung des Leistungsträgers)
- Ggf. Betreuungsverfügung
- Versichertenkarte
- Schwerbehindertenausweis
- Vorsorgeheft, Impfausweis, ggf. weitere Pässe/Ausweise
- Ggf. Patientenverfügung/ Empfehlungen zum Vorgehen in Notfällen (EVN/ DNR)
- Ggf. Pflegeüberleitungsbogen

- Hilfsmittel & Zubehör: z.B. Rollstuhl, Reha-Wagen, Autositz, Therapiestuhl, Lagerungshilfsmittel, Applikationsgeräte für Medikamente, Überwachungsmonitor (inkl. Gerätekabel für Ringanlage, falls vorhanden), Beatmungsgerät, mobile O2-Versorgung, Inhalator, (mobiles) Absauggerät, Hustenhilfe, Massagegerät, etc.
- Medizintechnische Geräte und Zubehör (**inkl. Gerätebeschreibung/ Gebrauchsanweisungen/ Wartungsnachweis!**)
- Brille, Zahnspange, Hörgerät, Orthesen, etc.
- Ggf. Helm, Fixierungen

- Heilmittel für den täglichen Versorgungsbedarf: z.B. Materialien zur Versorgung von Stomatas, zur Überwachung von Vitalzeichen, zur Versorgung mit Medikamenten, Infusionslösungen, zur Verabreichung von Nahrung, zur Versorgung von Inkontinenz,
- Individuelle Hygieneartikel, spezifische Pflegeprodukte
- Medikamente, Infusionstherapie
- Ggf. Spezialnahrung, parenterale Ernährung, Sondenkost

- Kleidung, Schuhe (Hausschuhe, Straßenschuhe)
- Lieblingsdecke, -Schmusetier, -Musik, -Spielzeug, etc.