



Landesarbeitsgemeinschaft
Hospiz und Palliativmedizin M-V e.V.
Postfach 10 10 33
18001 Rostock

Fragebogen zum Mitgliedsantrag vom

Einrichtung:			
Anschrift:			
Straße		PLZ	Ort
Gründungsjahr / Inbetriebnahme		Träger der Einrichtung	
Es handelt sich um eine/n			
eingetragenen Verein		Stiftung	GmbH GbR
Leiter der Einrichtung / Koordinatorin / Vorsitzende/r			Qualifikation
stationäres Hospiz Palliativstation Palliativ-Care-Team			
1. Anzahl der Plätze (stationär)			
2. Anzahl der begleiteten / betreuten Personen im Jahr vor der Antragstellung			
3. Anzahl sozialversicherungspflichtige MitarbeiterInnen			
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, (Kinder-) Krankenpfleger/Krankenschwestern			
AltenpflegerInnen (dreijährige Ausbildung)			
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge/n			
Psychologe/n			
Verwaltungskräfte			
Hauswirtschaftskräfte			
4. Anzahl geringfügig Beschäftigte / ABM / sonstige MitarbeiterInnen			
5. ambulanter Dienst angeschlossen in Kooperation mit ehrenamtlichen Hospizhelfern			

Ambulanter Hospizdienst Förderverein

1. Anzahl der begleiteten Personen im Jahr vor der Antragstellung
2. Anzahl festangestellte MitarbeiterInn/en bzw. KoordinatorInn/en
3. Anzahl ausgebildete Ehrenamtliche SterbebegleiterInnen
4. Anzahl sonstige Ehrenamtliche
5. Anzahl der Mitglieder **insgesamt** (Ehrenamtliche Helfer, Fördermitglieder)
6. Anzahl geringfügig Beschäftigte / ABM / sonstige MitarbeiterInnen

Tätigkeitsbeschreibung

psychosoziale Begleitung von Betroffenen und Angehörigen

zu Hause im stationären Hospiz im Pflegeheim im Krankenhaus

Besuchsdienst

Grund und Behandlungspflege regelmäßig / in Ausnahmefällen

Übernahme von palliativpflegerischen Maßnahmen palliativpflegerische Beratung

Pflegeanleitung (z. B. für Angehörige)

Tag- und Nachtwachen 24-stündige Erreichbarkeit

Bürozeiten von bis

Schmerztherapie und Symptomkontrolle

spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

andere Tätigkeit:

zur Zeit kann (noch) keine Betreuung angeboten werden

Schmerzambulanz angeschlossen oder Kooperation

andere Tätigkeit:

Trauerbegleitung und Angebot von Trauergruppen (bitte kurz beschreiben)

Ausbildung / Weiterbildung ehrenamtlicher Helfer

Ausbildung in Form von Abendveranstaltungen / Wochenendkurse mit insgesamt Stunden
anerkanntes Curriculum und zwar:

Praxisphase Wochen

Vertiefungskurs Stunden

externe/r Referent/in - Qualifikation:

eigene/r Referent/in - Qualifikation:

regelmäßige Supervision für Ehrenamtliche Hauptamtliche

regelmäßige Gruppenabende – Turnus:

Qualitätssicherung

1. (Begleit-) Dokumentation

Stammdaten

Versorgungssituation bei Betreuungsbeginn Grunderkrankung

Betreuungs-/ Besuchsprotokoll Auswertungsbogen

palliativmedizinische Basisdokumentation

PC-gestützte Dokumentation:

Statistikprogramm der JUH

2. Ergänzung zu Maßnahmen der Qualitätssicherung:

(Zertifizierung, Qualitätshandbuch, internes / externes QM, ...)

Finanzierung

Förderung durch Krankenkassen (§ 39a SGB V)

Finanzierung nach Krankenhausfinanzierungsgesetz

Versorgungsvertrag nach SGB XI SGB V

Mitgliedsbeiträge Spenden

Eigenbeteiligung der Klienten / Gäste / Patienten

Förderung durch

Platz für Erläuterungen:

Was wünschen / erwarten Sie von der Mitgliedschaft in der LAG? Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Ort: Datum:	Name	Unterschrift
----------------	------	--------------

Bitte den Fragebogen am PC oder in B L O C K S C H R I F T ausfüllen und unterschrieben zusammen mit dem *Antrag auf Mitgliedschaft* und dem *Mitgliedsbeitrag-Selbsteinstufungsbogen* an die oben angegebene Anschrift senden!