

Unter geschlossenem Briefumschlag an den Vertrauensarzt senden  
**Medizinisches Attest für eine finanzielle Intervention zugunsten eines Patienten, dem häusliche Palliativpflege zugutekommt**

Name des Patienten \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Adresse des Patienten \_\_\_\_\_ Krankenkassennummer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

---

Entspricht der Definition eines Palliativpatienten – Berechtigter einer finanziellen Intervention

- **Diagnose** hinsichtlich einer Palliativpflege: \_\_\_\_\_

- Entweder (1):  Patient mit Beistand eines Palliativteams:  
Name des Teams, gegebenenfalls des Netzes: \_\_\_\_\_

**Palliativpflegeverband der  
Deutschsprachigen Gemeinschaft V.o.G.  
Hufengasse 65, 4700 Eupen**

Datum der ersten Hilfe: \_\_\_\_\_

- Oder (1):  Patient ohne Beistand eines Palliativteams, nur Beistand durch die üblichen Pflegepraktiker, die sich engagieren, die Ganzheit der Palliativpflege kompetent zu verrichten. Die Kontinuität der vom Hausarzt organisierten medizinischen Pflege wird garantiert, auch während des Bereitschaftsdienstes und am Wochenende (der Ersatz wird ausdrücklich benannt). Jede Woche muss eine interdisziplinäre Versammlung stattfinden, an der wenigstens der Hausarzt teilnimmt. Ein offizieller Pflegeplan und/oder ein Kommunikationsheft müssen ständig geführt werden. Nach dem Versterben des Patienten bewahrt der Hausarzt diese Dokumente in der Akte des Patienten auf.

Zwei der drei folgenden Bedingungen sind erfüllt (2):

1. Ständige Unterstützung und Beobachtung, konkretisiert durch ein oder mehrere der folgenden Mittel:

a) eine Person aus dem Umfeld

b) Palliativurlaub angefragt von \_\_\_\_\_ (Name)  
Beziehung zum Patienten \_\_\_\_\_

c) Aufruf an Unterstützung durch das Umfeld, eventuell von anerkannten Instanzen, geschulte Freiwillige

d) Familienhilfe

- Hilfe am Tag
- Hilfe in der Nacht
- Aufnahme am Wochenende

2. Notwendigkeit von wenigstens 2 der 5 folgenden Elemente (3):

a) spezifische palliative Medikation (Schmerzmittel, Antidepressiva, Sedativa, Kortison, Antiemetikum, Abführmittel)

b) Pflegematerial (Inkontinenzmaterial, Material zur Wundpflege oder Stomiepflege)

c) Material (Matratze, Krankenbett, Toilettenstuhl und Zubehör)

d) Spritzenpumpe oder Schmerzpumpe

e) tägliche psychosoziale Unterstützung für die Familie

3. Tägliche Beobachtung oder tägliche Pflege durch Krankenpfleger, für einen Patienten, der wenigstens abhängig ist, um sich zu waschen und anzuziehen, um sich fortzubewegen und zur Toilette zu gehen. Inkontinenz und/oder Hilfe beim Essen (die Abhängigkeit erreicht wenigstens eine Punktzahl 3 in der Katz-Skala, und das für jede Gruppe der Abhängigkeit).

Unterschrift des Arztes

Datum

Stempel

---

(1) Eine der zwei Möglichkeiten angeben

(2) Zwei der drei Bedingungen angeben und eventuell vervollständigen

(3) Wenigstens zwei der fünf Elemente ankreuzen

## **Wer ist laut INAMI Palliativpatient zu Hause?**

(Art.3 des KE vom 02.12.1999)

d.h. für wen gibt es diese finanzielle Unterstützung?

Für den Kranken,

1. der an einer oder mehreren unumkehrbaren Krankheiten leidet,
2. deren Verlauf fortschreitend ungünstig ist, mit Verschlechterung des körperlichen und/oder psychischen Zustandes
3. der austherapiert ist, d.h. wo die Behandlung in der jetzigen Medizin dieses Fortschreiten nicht mehr beeinflussen kann,
4. bei dem das Sterben in Kürze erwartet wird, d.h. in mehr als 24 St. aber weniger als drei Monate,
5. der physische, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung nötig haben wird,
6. der sich entschieden hat, zu Hause zu sterben
7. auf den alle 6 Punkte zutreffen.