

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Stammdatenblatt
für den
Palliativmedizinischen
Konsiliardienst
Anlage 3a
zur Vereinbarung über die
ambulante palliativmedizinische
Versorgung von unheilbar
erkrankten Patienten im häuslichen
Umfeld**

Den Status als Palliativpatient begründende Erkrankung/Diagnose:

Stadium/ggf. Metastasierung:

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu erwartende Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spezielle Wundversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychosoz. Unterstützung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel

- erbitte Mitbehandlung durch palliativmedizinischen Konsiliardienst (= gilt dann als Überweisung) Telefonnummer Patient: _____
- Vollversorgung erbeten

per Fax mit Anlage 3 an PKD EN-Süd & Hattingen 0 23 32 - 60 97 54

