

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 3a

zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Stammdatenblatt

Wichtig:

Diese Anlage unverzüglich an Palliativnetz Paderborn faxen
05251 8720 305

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

.....

.....

Stadium/ggf. Metastasierung:

.....

.....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

.....

.....

Patient befindet sich zur Zeit im häuslichen Umfeld im Alten/Pflegeheim im Hospiz

Telefon Pat./Fam. _____

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
Psychosoziale Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<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

Bitte aktuelle Befunde bzw. relevante Arztbriefe mitschicken.

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes _____