

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

### Anlage 3a

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gem. § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs. 3 SGB V (Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

### Stammdatenblatt

**Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an  
PKD Paderborn**

Fax-Nr.: **05251-87 20 305** oder **05251-87 20 095**

**DIAGNOSE(N)** bzw. Erkrankung(en), die den Status als Palliativpatient begründet/begründen: \_\_\_\_\_

Patient befindet sich  im häuslichen Umfeld  in einem Pflegeheim  im Hospiz

**TELEFONNUMMER** des Patienten/des Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: \_\_\_\_\_

**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
Schrittmacher mit Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Laufende Radio-/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
PEG, parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Begründung: _____		
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

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der (direkten) Durchwahl: \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
(Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR 91503))

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_

**Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):**

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. **ICD-10-GM:** \_\_\_\_\_

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

Ja  Nein  
 als Teilversorgung  als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

**Zuständiger PKD:** Paderborn **BSNR:** 197810300

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des QPA \_\_\_\_\_