

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 für PKD

Palliativmedizinischer Konsiliardienst Bottrop gGmbH
 Fax 02041- 4065281

Kontaktnummer Patient: _____

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 in einem Alten/Pflegeheim
 Einrichtungsname: _____

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
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

 Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes