

Anlage 7

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

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

Telefax
an den
Palliativmedizinischen Konsiliardienst
02041-4065281

Mein o. a. Patient ist am _____ verstorben

Während der Palliativversorgung ist

a) eine Krankenhausbehandlung

nicht veranlasst

am ----- wegen -----
----- wegen -----

notwendig gewesen.

Patient ist im Krankenhaus verstorben

b) häusliche Krankenpflege

nicht erforderlich gewesen

als HKP verordnet worden

als Palliativpflege verordnet worden

Den palliativmedizinischen Konsiliardienst habe ich

telefonisch ----- mal kontaktiert

----- mal gebeten, einen Hausbesuch durchzuführen

Die Betreuung durch den PKD bewerte ich als

sehr gut gut befriedigend nicht zufriedenstellend

keine Angabe

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift