

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 Höxter
Fax-Nr.: 0521-92 27 10 39**

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: Höxter **BSNR:** 197810500

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des QPA _____