

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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<br>(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:** 197811500

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

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