

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

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

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Zu erwartende Schmerztherapie	☐ Ja	☐ Nein
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	☐ Ja	☐ Nein
Spezielle Wundversorgung	☐ Ja	☐ Nein
Psychosoz. Unterstützung	☐ Ja	☐ Nein
Sonstiges:	☐ Ja	☐ Nein
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	☐ Ja	☐ Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	☐ Ja	☐ Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes