

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Stammdatenblatt 3a

## für den Palliativ- medizinischen Konsiliardienst

### Anlage 3a zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Den Status als Palliativpatient begründende Erkrankung/Diagnose:

.....

Stadium/ggf. Metastasierung:  palliatives Stadium oder Freitext:

.....

.....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:  palliative Situation oder Freitext

.....

.....

.....

#### Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Stempel Arzt

**O Besuch z.Z. nicht notwendig, O Besuch dringend notwendig**  
per Fax mit Anlage 3 an PKD 0234/2825041, Formulare unter [www.sapv.de/wl](http://www.sapv.de/wl)  
Ziffer 91501 (50 €), Zuschlag Hausbesuch 91502 (< 1 h, 25 €), 91502S (> 1 h, 40 €)