

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
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Telefax

an den
Palliativmedizinischen Konsiliardienst
Fax 0 23 61 / 8 49 51 34 oder
Fax 0 32 12 / 1 40 52 49

oder Email

an nehls@raniq.de

Mein o. a. Patient ist/wird am ____ . ____ . **20** ____

- verstorben
- als wieder mobil aus dem Palliativvertrag ausgeschrieben

Während der Palliativversorgung ist

a) eine Krankenhausbehandlung

- nicht veranlasst
- am _____ wegen _____
- am _____ wegen _____

notwendig gewesen.

Patient ist verstorben

- im Krankenhaus
- zu Hause oder im Pflegeheim
- auf einer Palliativstation
- im Hospiz

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

Ort, Datum Stempel, Unterschrift