

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten- Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Stammdatenblatt A3a

zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Mit Medikamentenplan, Vorbefunden und Einschreibung A3 zurück per Fax an: 0 23 61 – 8 49 51 34 oder 0 32 12 – 1 40 52 49 oder per Email an: info@palliativ-re.de

Ich (Hausarzt) bitte um telefonische Kontaktaufnahme durch einen Palliativarzt (Rückrufnummer bitte unten deutlich lesbar angeben).

Patient befindet sich zur Zeit im häuslichen Umfeld in einem Alten/Pflegeheim im Hospiz

Telefon-Nummer des Patienten / der Angehörigen:

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n), bitte mit ICD10:

Stadium/ggf. Metastasierung:

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

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
Psychosoz. Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes
(und Telefonnummer bei Rückrufwunsch)