

## Anlage 7 – Feedback-Bogen

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 info@palliativ-re.de

Mein o. a. Patient ist am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . **20** \_\_\_\_ verstorben.

Während der Palliativversorgung ist

a) eine Krankenhausbehandlung

nicht veranlasst

am \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

notwendig gewesen.

Patient ist im Krankenhaus verstorben.

b) häusliche Krankenpflege ist

nicht erforderlich gewesen

als HKP verordnet worden

als Palliativpflege verordnet worden

Den palliativmedizinischen Konsiliardienst habe ich

telefonisch \_\_\_\_ mal kontaktiert

\_\_\_\_ mal gebeten, einen Hausbesuch durchzuführen

Die Betreuung durch den PKD bewerte ich als

sehr gut    gut    befriedigend    nicht zufriedenstellend

Keine Angabe

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes