

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: O palliatives Stadium oder Freitext:

.....
.....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund: O palliative Situation oder Freitext

.....
.....
.....

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	

Bochum, _____
Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel Arzt

O Mitbehandlung erbeten. Telefonnummer Patient: _____

O Vollversorgung erbeten (zusätzlich Formular 63 an PKD faxen, SNR 40860 = 25 €)

per Fax mit Anlage 3 an PKD (für Bochum 7980624) Formulare unter www.sapv.de/wl

Ziffer 91501 (50 €), Zuschlag Hausbesuch 91502 (< 1 h, 25 €), 91502S (> 1 h, 40 €)