

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

# 3a

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

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](http://www.sapv.de/wl)**

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