

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

Anlage 3a

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs.3 SGB V

Stammdatenblatt

Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an

PKD: _____

Telefax/KIM-Adresse des PKD: _____

Für ein Telefonat zwischen HA/FA und PKD:

Telefon HA/FA (bitte direkte Durchwahl angeben): _____

Für die Rücksendung der Anlage 3a vom PKD an HA/FA: Telefax/KIM-Adresse HA/FA _____

Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):

Patient befindet sich im häuslichen Umfeld in einem Pflegeheim im Hospiz
 Name/Ort: _____ Name/Ort: _____
 Telefonnummer des Patienten/des/r Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: _____

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
Psychosoziale Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schrittmacher mit Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Laufende Radio-/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
PEG, parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Begründung: _____		
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

Der PKD empfiehlt dringend die tel. Rücksprache mit einem QPA unter der Telefonnummer: _____

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der o. a. Durchwahl: Ja Nein
 (Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR XXXXX))

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. ICD-10-GM: _____

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

Ja Nein
 als Teilversorgung als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

Zuständiger PKD: _____ **BSNR:** _____

siehe Anlage QPA/PKD

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des QPA