

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

**Anlage 3a  
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten  
palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten  
Patienten im häuslichen Umfeld**

## Stammdatenblatt

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

---



---

**Stadium/ggf. Metastasierung:**

palliative Situation

---



---

**Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:**

palliatives Krankheitsstadium

---



---

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

**Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf (ggfs. korrigieren):**

Bereits begonnene Schmerztherapie	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Spezielle Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychosoz. Unterstützung	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<hr/>		
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Bitte per Fax an Gemeinschaftspraxis Dr. Pötter & Pötter

Fax: 0 23 02 - 18 98 84