

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):**

---



---



---

**Stadium/ggf. Metastasierung:**

---



---



---

**Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:**

---



---



---

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

**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
Psychosoz. Unterstützung	<input 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 type="checkbox"/> Nein
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein