

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

Stammdatenblatt

Per FAX sofort an 05231.458 25 23

Bitte Anlagen komplett und deutlich ausfüllen!

Telefonnr. Patient/Angehöriger:

Hausarzt wünscht Rückruf durch Palliativmediziner: Ja

Telefonnr.:

Aufenthaltsort:

Pflegedienst: welcher?

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

Stadium/ggf. Metastasierung:

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

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
Enterale/ parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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
AICD (Schrittmacher mit Defibrillator)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Laufende palliative Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes