

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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