

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

Anlage 7

zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativ-
medizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im
häuslichen Umfeld

- Feedback-Bogen -

Per FAX an 05231.458 25 23

Mein o. a. Patient ist am verstorben

Während der Palliativversorgung ist

a) eine Krankenhausbehandlung

nicht veranlasst

am _____ wegen _____
_____ wegen _____

notwendig gewesen.

Einweisung erfolgte durch: Hausarzt ärztl. Notdienst Patient/ Angehörige

Patient ist im Krankenhaus verstorben

b) häusliche Krankenpflege

nicht erforderlich gewesen

als HKP verordnet worden

als Palliativpflege verordnet worden

Den palliativmedizinischen Konsiliardienst habe ich

telefonisch ____ mal kontaktiert

____ mal gebeten, einen Hausbesuch durchzuführen

Die Betreuung durch den PKD bewerte ich als

sehr gut gut befriedigend nicht zufriedenstellend

keine Angabe

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes