

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

**Anlage 3a**

zum Vertrag zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten in Westfalen-Lippe gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 132d Abs.3 SGB V

**Stammdatenblatt**

Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an

PKD: \_\_\_\_\_

Telefax/KIM-Adresse des PKD: \_\_\_\_\_

Für ein Telefonat zwischen HA/FA und PKD:

Telefon HA/FA (bitte direkte Durchwahl angeben): \_\_\_\_\_

Für die Rücksendung der Anlage 3a vom PKD an HA/FA: Telefax/KIM-Adresse HA/FA \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Patient befindet sich  im häuslichen Umfeld  in einem Pflegeheim  im Hospiz

Telefonnummer des Patienten/des/r Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: \_\_\_\_\_

**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<br>(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 |
| Psychosoziale Unterstützung   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schrittmacher mit Defibrillator   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Laufende Radio-/Chemotherapie   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| PEG, parenterale Ernährung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstiges:  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Begründung: _____   |                             |                               |
| 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 |

Der PKD empfiehlt dringend die tel. Rücksprache mit einem QPA unter der Telefonnummer: \_\_\_\_\_

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der o. a. Durchwahl:  Ja  Nein

(Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR XXXXX))

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

**Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):**

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. ICD-10-GM: \_\_\_\_\_

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

Ja  Nein

als Teilversorgung  als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

**Zuständiger PKD:** \_\_\_\_\_ **BSNR:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des QPA