

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Stammdatenblatt für den palliativmedizinischen Konsiliardienst

Den Status als Palliativpatient begründende Erkrankung/Diagnose:

.....

.....

Stadium/ggf. Metastasierung:.....

.....

.....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:.....

.....

.....

.....

Patient befindet sich zur Zeit im häuslichen Umfeld.
 Im Hospiz.

Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:

Bereits begonnene Schmerztherapie	Ja		Nein	
Zu erwartende Schmerztherapie	Ja		Nein	
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	Ja		Nein	
Spezielle Wundversorgung	Ja		Nein	
Psychosoz. Unterstützung	Ja		Nein	
Sonstiges:	Ja		Nein	
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor:	Ja		Nein	
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	Ja		Nein	

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes