

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

**Anlage 4**  
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

**Palliativversorgung**  
**Verlängerungsanzeige**  
**(gilt nicht für Hospizpatienten)**

**Wichtig:**  
Diese Anlage unverzüglich an die KVWL faxen:  
Telefax-Nr.: 0231 9432-8-7037

**Datum der Einschreibung:**

T	T	M	M	J	J	J	J

Die Abrechnung nach Anlage 5 und 6 ist grundsätzlich auf 56 Tage (8 Wochen) vom Beginn der Einschreibung an begrenzt.

**Datum der Beurteilung:**

T	T	M	M	J	J	J	J

Die akutpalliativmedizinische Betreuung des o. g. Patienten ist weiterhin erforderlich

Die akutpalliativmedizinische Betreuung des o. g. Patienten wird wieder aufgenommen

**ICD-10:** \_\_\_\_\_

**Begründung der Verlängerung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schmerztherapie weiterhin erforderlich	<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
Psychosoziale Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Die Palliativversorgung wird für maximal weitere 56 Tage (8 Wochen) beantragt.**

T T M M J J J

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

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

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