

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

Anlage 4

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
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung (Erst-/Folge-Assessment*)

PKD:
 Koordinator/QPA:
 Hausarzt:
 Persönlicher Ansprechpartner:
 Telefonnummer:

SAPV (Vollversorgung)

Korrespondenzstelle der Krankenkasse: _____

Telefax: _____

Erstverordnung (Datum) von: _____ bis: _____
 Folgeverordnung (Datum) von: _____ bis: _____

Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD-10-GM):	
Diesbezügliche kurative Behandlungen sind abgeschlossen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV-Richtlinie und Notwendigkeit der Vollversorgung:	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Ausgeprägter Symptomkomplex:	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden/Tumore <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Kurze Beschreibung der Ausprägung der Symptome / ggf. fachliche Begründung zur Abweichung von der SAPV-Verordnung:

Therapie- und Hilfeplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern/Diensten:

- Haus-/Facharzt amb. Pflegedienst stat. Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflege
 amb. Hospizdienst stat. Hospiz Physiotherapeut/in Sanitätshaus Apotheke

Therapie- und Hilfeplan ist:

- konsentiert teilweise konsentiert muss noch abgestimmt werden
 Notfallplan erstellt Rufbereitschaft organisiert

Datum der Erhebung: _____ durchgeführt von: _____

Unterschrift: _____

*Ein ausführliches Erst-/Folge-Assessment in Anlehnung an HOPE oder MIDOS verbleibt beim PKD