

Anlage 3a

zur Vereinbarung über die ambulante palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Stammdatenblatt für den Palliativ- medizinischen Konsiliardienst

Den Status als Palliativpatient begründende Erkrankung/Diagnose:

.....
.....

Stadium/ggf. Metastasierung:.....

.....
.....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:

.....
.....
.....
.....

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

Bitte per Fax mit Anlage 3 an PKD Fax-Nr 05246-930888