

Anlage 7

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

Telefax
an den
Palliativmedizinischen Konsiliardienst
Gütersloh

05246-930888

Mein o. a. Patient ist am verstorben

Während der Palliativversorgung ist

a) eine Krankenhausbehandlung

nicht veranlasst

am _____ wegen _____
_____ wegen _____

notwendig gewesen.

Patient ist im Krankenhaus verstorben

b) häusliche Krankenpflege

nicht erforderlich gewesen

als HKP verordnet worden

als Palliativpflege verordnet worden

Den palliativmedizinischen Konsiliardienst habe ich

telefonisch ____ mal kontaktiert

____ mal gebeten, einen Hausbesuch durchzuführen

Die Betreuung durch den PKD bewerte ich als

sehr gut

gut

befriedigend

nicht zufriedenstellend

keine Angabe

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift