

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 9432-83240

Datum der Einschreibung:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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.

Zuständiger PKD: _____ **BSNR:** _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des QPA