

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

### Anlage 3a

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

## Stammdatenblatt



Bitte mit Medikamentenplan und Vorbefunden an

PKD: aerztenetz-lippe.182505410@i-motion.kim.telematik

Telefax/KIM-Adresse des PKD: Fax 05231 4582523

Für ein Telefonat zwischen HA/FA und PKD:

Telefon HA/FA (bitte direkte Durchwahl angeben): \_\_\_\_\_

Für die Rücksendung der Anlage 3a vom PKD an HA/FA: Telefax/KIM-Adresse HA/FA \_\_\_\_\_

**Den Status als Palliativpatient begründet/begründen folgende Erkrankung(en)/Diagnose(n):**

Patient befindet sich ☐ im häuslichen Umfeld ☐ in einem Pflegeheim ☐ im Hospiz

Telefonnummer des Patienten/des/r Angehörigen/des Bevollmächtigten/der Wohneinrichtung: \_\_\_\_\_

**Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:** Name/ WB der Pflegeeinrichtung: \_\_\_\_\_

|                                                                                             |                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bereits begonnene Schmerztherapie                                                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zu erwartende Schmerztherapie                                                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Symptomkontrolle/Krisenintervention<br>(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 |
| Schrittmacher mit Defibrillator                                                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Laufende Radio-/Chemotherapie                                                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| PEG, parenterale Ernährung                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sonstiges:                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| SAPV-Vollversorgung wird in Kürze erwartet                                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Begründung: _____                                                                           |                             |                               |
| Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor                                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Der PKD empfiehlt dringend die tel. Rücksprache mit einem QPA unter der Telefonnummer: \_\_\_\_\_

HA/FA bittet um Rücksprache mit einem QPA unter der o. a. Durchwahl: ☐ Ja ☐ Nein

(Telefonat HA/FA mit QPA (maximal 2x abrechnungsfähig – SNR XXXXX))

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

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_

### Erklärung des qualifizierten Palliativarztes (QPA):

Die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 des Vertrags liegen vor. ICD-10-GM: \_\_\_\_\_

Zum Zeitpunkt der Einschreibung ist eine sofortige (Mit-)Betreuung durch den PKD erforderlich:

☐ Ja ☐ Nein

☐ als Teilversorgung ☐ als Vollversorgung (Muster 63 erforderlich)

**Zuständiger PKD:** Lippe **BSNR:** 197810900

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

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