

Anlage 4a (Teil 1) Palliativdokumentation – Anzeige des Palliativstatus (umgehend an die KVWL zu übermitteln)

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Datum des Beginns der Einschreibung:

T	T	M	M	J	J	J	J

Datum der Beurteilung:

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 ausgesetzt zum:

T	T	M	M	J	J	J	J

Die akutpalliativmedizinische Betreuung des o.g. Patienten wird wieder aufgenommen zum:

T	T	M	M	J	J	J	J

Zuständiger PKD:

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift des QPA:
