

Anlage 7

Telefax
an den
Palliativmedizinischen Konsiliardienst

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

_____ / _____

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