

**Anlage 4a (Teil 2) Palliativdokumentation – Statistik**  
**(mit der Quartalsabrechnung an die KVWL zu übermitteln)**

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

<b>Quartal: .....</b>		<b>Werte</b>
Palliativ-Fälle Gesamt		<Anzahl>
Betreuungszeitraum in Tagen (Median)		<Anzahl>
Vollversorgung ohne Pallicare-Versorgung		<Anzahl>
Vollversorgung mit Pallicare-Versorgung		<Anzahl>
Vollversorgung mit 24-Std.-Präsenzphase		<Anzahl>
<b>Sterbeort</b>	Verstorbene Gesamt	<Anzahl>
Wohnung		<Anzahl>
Pflegeheim (einschl. Kurzzeitpflege)		<Anzahl>
Stationäres Hospiz		<Anzahl>
Krankenhaus		<Anzahl>
Palliativstation		<Anzahl>

**Zuständiger PKD: .....**

**Ort, Datum: .....**

**Stempel, Unterschrift des QPA:**

---