

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

## Stammdatenblatt für den palliativmedizinischen Konsiliardienst

Den Status als Palliativpatient begründende Erkrankung/Diagnose:

.....  
 .....

Stadium/ggf. Metastasierung:.....

.....  
 .....

Kurze Angabe zum aktuellen Krankheitsbefund:.....

.....  
 .....  
 .....

Patient befindet sich zur Zeit  im häuslichen Umfeld.  
 Im Hospiz.

**Zu erwartender palliativmedizinischer Bedarf:**

Bereits begonnene Schmerztherapie	Ja		Nein	
Zu erwartende Schmerztherapie	Ja		Nein	
Symptomkontrolle/Krisenintervention (z.B. Erbrechen, Obstipation, Atemnot, Unruhe, etc.)	Ja		Nein	
Spezielle Wundversorgung	Ja		Nein	
Psychosoz. Unterstützung	Ja		Nein	
Sonstiges:	Ja		Nein	
Es liegen Hinweise auf eine Infektionserkrankung vor:	Ja		Nein	
Der/die Patient/in leidet an einer Suchterkrankung	Ja		Nein	

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes