

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

#### Anlage 4

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  
(Vertragskennzeichen 12020561011/12120500011)

#### Ergebnisbericht zur Indikationseinschätzung (Erst-/Folge-Assessment\*)

PKD:  
 Koordinator/QPA:  
 Hausarzt:  
 Persönlicher Ansprechpartner:  
 Telefonnummer:

### SAPV (Vollversorgung)

Korrespondenzstelle der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Erstverordnung (Datum) von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Folgeverordnung (Datum) von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD-10-GM):	
Diesbezügliche kurative Behandlungen sind abgeschlossen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV-Richtlinie und Notwendigkeit der Vollversorgung:	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Ausgeprägter Symptomkomplex:	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden/Tumore <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Kurze Beschreibung der Ausprägung der Symptome / ggf. fachliche Begründung zur Abweichung von der SAPV-Verordnung:

Therapie- und Hilfeplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern/Diensten:

- Haus-/Facharzt     amb. Pflegedienst     stat. Pflegeeinrichtung     Kurzzeitpflege  
 amb. Hospizdienst     stat. Hospiz     Physiotherapeut/in     Sanitätshaus     Apotheke

Therapie- und Hilfeplan ist:

- konsentiert     teilweise konsentiert     muss noch abgestimmt werden  
 Notfallplan erstellt     Rufbereitschaft organisiert

Datum der Erhebung: \_\_\_\_\_ durchgeführt von: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*Ein ausführliches Erst-/Folge-Assessment in Anlehnung an HOPE oder MIDOS verbleibt beim PKD