

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

Telefax an den  
Palliativmedizinischen Konsiliardienst

Fax.:-Nr.:

0209

440 5370

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes