

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen.

Sie möchten einen Palliativpatient/Patientin anmelden:

Wir benötigen:

1. Den ausgefüllten Anmeldebogen
2. Einwilligung des Patienten, der Patientin
3. Einmal im Quartal eine Überweisung für Palliativmedizin an uns (Mail: info@palliativnetz-nordeifel.de , Fax: 02472/4362 oder in den Briefkasten Hausarztpraxis-Konzen werfen)
4. Relevante ärztliche Unterlagen (Arztbriefe, Medikamentenplan)
5. Persönliche Übergabe des Patienten/Patientin durch sie über die 02472/2707 oder die Ihnen bekannte Notfallnummer
6. Bitte schicken sie uns immer eine kurze Information, wenn ihr Patient/Patientin nicht zu Hause ist (Krankenhaus, Hospiz, verstorben)

Viele Grüße

Dr. med. Stephanie Eckert (Kordinatorin)

Rückfragen gerne unter eckert@hausarztpraxis-konzen.de

Wenn sie an den Palliativverträgen der KV- Nordrhein für Primärkassen teilnehmen, füllen sie uns gerne den Anmeldebogen (siehe Anlage) aus. Sie können für den Eingangsbogen die Symbolnummer 92121 abrechnen und für die Abschlussdokumentation die 92122.

Im Vertrag der Ersatzkassen kann die Eingangsdiagnostik mit der Symbolnummer 91100 abgerechnet werden.

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



Anmeldung zur palliativmedizinischen Versorgung Nordeifel (PANO)

Fax: 02472/4362 (Hausarztpraxis-Konzen), info@palliativnetz-nordeifel.de

Telefonnummer des Patienten: _____

Betreuender Hausarzt: _____ Telefon: _____ Telefax: _____

Falls bekannt:

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Betreuer (falls bestellt): _____ Telefon: _____

Pflegedienst: _____ Telefon: _____

Patientenverfügung: _____ nein: 0 ja: 0

Diagnose:

Weitere Angaben / Problematik

Datum

Unterschrift

Stempel

Einwilligung

zur Versorgung durch Ärzte des Palliativnetzes Nordeifel

Hiermit erkläre ich mich mit der Einschreibung in das Palliativnetz Nordeifel einverstanden. Ich bin mit der Übergabe der für die Behandlung notwendigen medizinischen Unterlagen an die Palliativärzte des Netzes einverstanden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Tel. Nr.

Hausarzt:

Datum:

Unterschrift des Patienten/der Patientin
(bzw. Bevollmächtigter / Betreuer)

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Baden-Württemberg		
Name, Vorname des Versicherten Muster		
Maria		geb. am 03.01.88
Musterstraße 11 D 52156 Musterstadt		
Kostenträgerkennung 108018007	Versicherten-Nr. 236157901	Status 1000000
Betriebsstätten-Nr. 218143300	Arzt-Nr. 236157901	Datum 03.12.25

Überweisungsschein

<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	4	25	06 Quartal
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		T T M M J J		M Geschlecht	

Überweisung an Palliativmedizin

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar- untersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiter- behandlung	AU bis T T M M J J
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Palliative Diagnosen mit ICD-Code

Befund/Medikation

Situation mit Symptomen

Auftrag

AAPV Mitbetreuung zur Verbesserung der Symptomkontrolle und Anbindung an die 24 hRufbereitschaft

218143300
Praxis Sven Teusen
236157901
Dr. Stephanie Eckert
Allgemeinmedizin
Hatzevenstr. 3
52156 Monschau
02472/2707
info@praxis-leusen.de

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Anlage 3a

Qualitätsindikatoren - Erstdokumentation im Rahmen der AAPV

zum Strukturvertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach § 73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Aufnahme in die AAPV	___.___.20__ Datum der Aufnahme
		<input type="checkbox"/> Erstaufnahme <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme
2	Betreuungsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz
3	Patient betreut als	<input type="checkbox"/> Haus-/Facharzt <input type="checkbox"/> QPA
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen
5	Hauptdiagnose	___.20__ Erstdiagnose (nur Monat und Jahr) ___.___.___. (ICD-10)
6	Beteiligte der AAPV-Versorgung	<input type="checkbox"/> QPA <input type="checkbox"/> Palliativpflegedienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/psychosoziale Fachdienste <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Hospizbegleitung <input type="checkbox"/> SAPV-Teilversorgung/Beratung PCT
7	Schmerztherapie erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Art der Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Analgetika WHO-Stufen 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/> / 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige
9	Applikationsform Medikation	<input type="checkbox"/> oral/PEG <input type="checkbox"/> transdermal <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
10	Wundtherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Anlage 3b

Qualitätsindikatoren - Abschlussdokumentation AAPV

zum Strukturvertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach § 73a SGB V zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Beendigung der AAPV-Versorgung	__. __. __. 20__ Datum der Beendigung Grund der Beendigung: <input type="checkbox"/> Überleitung in Regelversorgung <input type="checkbox"/> Überleitung in die SAPV-Vollversorgung <input type="checkbox"/> Ausscheiden/Tod
2	Sterbedatum	__. __. __. 20__ <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3	Sterbeort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="checkbox"/> nicht bekannt
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen

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

Vertragsarztstempel

Anlage 2

Weiterleitung an die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung

Erstdokumentation im Rahmen der AAPV Ersatzkassen

zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Aufnahme in die AAPV	___.___.20__ Datum der Aufnahme
		<input type="checkbox"/> Erstaufnahme <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme
2	Betreuungsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/ Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz
3	Patient betreut als	<input type="checkbox"/> Haus-/ Facharzt <input type="checkbox"/> QPA
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen
5	Hauptdiagnose	___.20__ Erstdiagnose (nur Monat und Jahr) __. __. __. __ (ICD-10)
6	Beteiligte der AAPV Versorgung	<input type="checkbox"/> QPA <input type="checkbox"/> Palliativpflegedienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/psychosoziale Fachdienste <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Hospizbegleitung <input type="checkbox"/> SAPV-Teilversorgung/Beratung PCT
7	Schmerztherapie erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Art der Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Analgetika WHO -Stufen 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/> / 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige
9	Applikationsform Medikation	<input type="checkbox"/> oral/PEG <input type="checkbox"/> transdermal <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
10	Wundtherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Vertragsarztstempel

Anlage 3

Weiterleitung an die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung

Abschlussdokumentation im Rahmen der AAPV Ersatzkassen

zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Beendigung der AAPV-Versorgung	__.__.20__ Datum der Beendigung Grund der Beendigung: <input type="checkbox"/> Überleitung in Regelversorgung <input type="checkbox"/> Überleitung in die SAPV-Vollversorgung <input type="checkbox"/> Ausscheiden/Tod
2	Sterbedatum	__.__.20__ <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3	Sterbeort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/ Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="checkbox"/> nicht bekannt
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen