

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen.

Sie möchten einen Palliativpatient/Patientin anmelden:

Wir benötigen:

1. Einmalig den ausgefüllten Anmeldebogen
2. Einwilligung des Patienten, der Patientin (PANO Formular sowie Anlage 6.2)
3. Einmal im Quartal eine Überweisung für Palliativmedizin an uns (Mail: info@palliativnetz-nordeifel.de , Fax: 02472/4362 oder per KIM Versand.
4. Relevante ärztliche Unterlagen (Arztbriefe, Medikamentenplan)
5. Persönliche Anmeldung des Patienten/Patientin durch sie über die 02472/2707 oder die Ihnen bekannte Notfallnummer
6. Die ausgefüllte Erstdokumentation 3a der KV, ebenso wie eine Zwischendokumentation 3b alle 6 Monate und die Abschlussdokumentation 3c bei Entlassung des Patienten aus dem PANO Netzwerk.
7. 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 (Koordinatorin)

Rückfragen gerne unter eckert@hausarztpraxis-konzen.de

Wenn sie an den Palliativverträgen der KV- Nordrhein teilnehmen, können sie die entsprechenden Leistungsziffern geltend machen.

https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/palliativ/Merkblatt_AAPV.pdf?v=1790758526

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: O ja: O

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		03.01.88 ^{geb. am}
Musterstraße 11		
D 52156 Musterstadt		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
108018007		1000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
218143300	236157901	03.12.25

Überweisungsschein

☒ Kurativ	☐ Präventiv	☐ Behandl. gemäß § 116b SGB V	☐ bei belegärztl. Behandlung	4	25	06
				Quartal		
☐ Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		T T M M J J		Geschlecht M	
Überweisung an Palliativmedizin						
			AU bis			
☐ Ausführung von Auftragsleistungen	☐ Konsiliar- untersuchung	☒ Mit-/Weiter- behandlung	T T M M J J			
☐ 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

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes