

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	