

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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