

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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