

**Genehmigungsformular**

I. Versichertendaten

1.1 Name, Vorname	1.2 Geburtsdatum:
1.3 Vers.-Nr.:	1.4 Beginn IV:

II. Angaben zur Erkrankung:

2.1 Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium der Erkrankung:

2.2 Tumorausbreitung/Metastasierung:

Hirn	Lunge
Knochen	Sonstige

2.3 Palliativmedizinisch relevante Nebendiagnosen:

2.4 Bisherige Therapie der Grunderkrankung:

OP	Strahlentherapie
Chemotherapie	Sonstige

2.5 Aktuelle medikamentöse Therapie der Grunderkrankung:

2.5.1 Art der Verabreichung:

oral	i.v.	s.c.	i.m.
Infusion	Inhalation	Schmerzpumpe	Port

2.5.2 Andere erforderliche Behandlungen:

Chemo	Enterale Ernährung	Antibiose
O2-Gabe/Beatmung	Parenterale Ernährung	Radiatio
Physikalische Therapie	Sonstige .....	

2.5.4 Besondere pflegerische Maßnahmen:

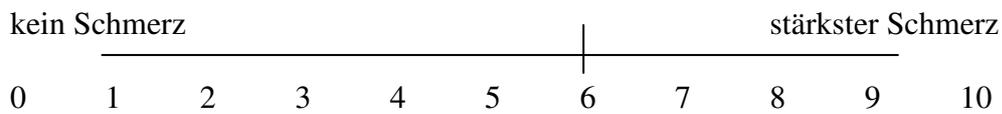
ZVK	PEG	Zystofix/Urostoma
Tracheostoma	Anus praeter	Sonstiges

2.6 Karnofsky Index: %

2.7 Pflegestufe:  
Stationäre Pflegeeinrichtung

2.8 Symptomkomplexe mit Ausprägung:

Schmerzsymptomatik (Visuelle Analogskala 1 – 10):



Lokalisation

respiratorische /kardiale Symptomatik

leicht

mittel

schwer

Dyspnoe

Hämoptye (Bluthusten)

NYHA (Stufe II-IV)

sonstiges

neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik

Quantitative Bewusstseinsstörungen

Hirndrucksymptome

Spastik

Myoklonus

Muskelkämpfe

Depression

Psychotische Syndrome

sonstiges

ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore

Lokalisation

Lokalisation

Lokalisation

gastrointestinale Symptomatik

Anorexie/Kachexie

Mukositis

Dysphagie

Erbrechen

Hämatemesis

Ikterus

Ileus

Aszites

Diarrhoe

Fisteln

Sonstiges

## **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Genehmigungsformular

---

<u>urogenitale Symptomatik</u>	leicht	mittel	schwer
Harnwegsinfekt			
Dysurie			
Blasentenesmen			
Hämaturie			
Vaginale Blutung und Ausfluss			
sonstiges			

2.9 Psychosoziale Betreuung/soziales Umfeld:

Besondere Erfordernisse/Angehörige/Patienten:

III. Aktueller Versorgungsbedarf außerhalb der Regelversorgung

Arztstempel

Datum, Unterschrift

---