

MDK-Schnellbegutachtungsbogen SGB V für Palliativpflege
- wird vom Palliativdienst ausgefüllt -

A. Basisdaten Patient, Aktuelle Versorgungssituation

AOK	BKK	IKK	LKK	VdAK	AEV	Knapp	Palliativdienst
_____ (Name der Kasse)							Anmerkung: Für die Knappschaft und die Betriebskrankenkassen ist der Schnellbegutachtungsbogen mit der vertragsärztlichen Verordnung an die jeweils zuständige Kasse zu senden. Bei den übrigen Kassenarten erhält der zuständige Medizinische Dienst der Krankenkassen die Unterlagen.
Name, Vorname: _____ Adresse: _____ _____ Telefon-Nr: _____ Geburtsdatum: _____ _____ Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Grad I <input type="checkbox"/> Grad II <input type="checkbox"/> Grad III <input type="checkbox"/> Grad IV <input type="checkbox"/> Grad VI <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt							Name: HILFE zu Hause, Palliativfachpflegedienst Adresse: Maxstraße 66 , 45127 Essen Telefon-Nr: 0201- 83 59 40 Fax: 0201 – 83 59 469 E-Mail: palliativpflege@hilfe-zu-hause.org Datum: _____ Stempel / Unterschrift: _____

Angehörige / private Pflegepersonen
(bitte jeweils Namen, Adresse und Tel.-Nr. angeben)

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____

ambulante Versorgungssituation (alles Zutreffende ankreuzen) <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Sozialstation / Pflegedienst <input type="checkbox"/> private Pflegeperson(en) <input type="checkbox"/> amb. Hospizdienst	(Tumor-)Spezifische (Vor-)Therapie(n) (alles Zutreffende ankreuzen) <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____	(Tumor-)Spezifische Therapien abgeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar Behandlungsansatz jetzt rein palliativ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar Aufklärung über begrenzte Lebenserwartung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B. Grunderkrankung, Aktueller Status

Hauptdiagnose: _____

SYMPTOME	<input type="checkbox"/> Körperl. Schwäche	<input type="checkbox"/> Kachexie (GV >20%)	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Schlafstörung
	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> (Lymph-)Ödeme	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit
	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Dekubitus	Neurol. Symptome	<input type="checkbox"/> Angst
	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Exulcerationen	<input type="checkbox"/> Urol. Symptome	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit

C. Sonstiges

Aktuelle Medikation bei Betreuungsbeginn: O Siehe Anlage

Psychosoziale Unterstützung durch Ehrenamtliche

Psychosoziale Unterstützung durch _____

Beratung in ethnischen Fragen

**MDK-Stellungnahme
zum
MDK-Schnellbegutachtungsbogen SGB V für Palliativpflege**

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Angehörige sind vorhanden und beteiligen sich an der Versorgung:

Ja Nein

falls ja, welche Leistungen werden übernommen: _____

Ist häusliche Krankenpflege ausreichend?

Ja Nein

falls ja, welche Leistungen sind für welchen Zeitraum erforderlich: _____

Liegen die Voraussetzungen für die Erbringung der Palliativpflege vor?

Ja Nein

falls ja, für welche Dauer: _____

(Nach den Erfahrungen aus dem Modellprojekt in NRW kann die ambulante Palliativpflege insgesamt bis zu 30 Tagen verordnet werden)

medizinische Begründung: (bitte immer angeben) _____

Weitere Unterlagen sind notwendig:

Ja Nein

falls ja, welche: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Stempel / Unterschrift: _____