|  |
| --- |
| [ ]  **Erstantrag** [ ]  **Widerspruch**[ ]  **Verlängerungsantrag – Aufnahme am:** Krankenkasse:      **Name, Vorname:**       **Geb.-Datum:**       |
| Diagnose mit Erstdiagnose und Stadium:      |
| Metastasen: [ ]  ja [ ]  nein Welche:       |
| Begleiterkrankungen:       |
| Allgemeine Befunde:1) AZ:      EZ:       Gewicht/Größe:       Haut:      2) Psychische Auffälligkeiten:       |
| Bisherige Therapien: operativ [ ]  ja [ ]  nein wann:       Chemotherapie [ ]  ja [ ]  nein wann:       Radiatio [ ]  ja [ ]  nein wann:       |
| **I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie****1. Symptomkontrolle:** [ ]  Schmerzen [ ]  Dyspnoe [ ]  Erbrechen[ ]  Übelkeit [ ]  Obstipation [ ]  Durchfälle [ ]  Depression [ ]  Ängste [ ]  Haut |
| **2. Medikamente:** [ ]  oral [ ]  i.v. [ ]  s.c. [ ]  Infusion [ ]  Vernebelung [ ]  Inhalation Welche:       |
| **3. Andere Therapie:**       [ ]  Chemotherapie [ ]  Radiatio [ ]  KG Lymphdrainage [ ]  Atemtherapie |
| **4. Besonderheiten:** [ ]  Port [ ]  PEG-Magensonde [ ]  Sauerstoffgabe [ ]  BZ/RR-Kontrolle [ ]  DK/Zysto-Fix [ ]  Anus Praeter [ ]  Urostoma [ ]  Tracheostoma [ ]  Wundbehandlung |
| **II. Psychosoziale Betreuung:**Familiäre Situation / soziales Umfeld:       |
| Erforderliche psychosoziale Begleitung:       |
|  |  |  |  |  |
| Ort, Datum Name/Unterschrift/Stempel d. Hausarztes oder Krankenhausarztes |