|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |