

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

CHECKLISTE

ZUR PATIENTENEINSCHREIBUNG

WEITERLEITUNG AN DEN ZUSTÄNDIGEN PKD:

PKD Kreis Borken Nord

Mail: info@PKD-Kreisborken.de

KIM: pkd-kreis-borken-nord@tm.kim.telematik

INFORMATIONEN ZUM PALLIATIVPATIENTEN

■ AUFENTHALTSORT

- Zuhause
- Pflegeeinrichtung: _____

■ PFLEGEDIENST

Name des Pflegedienstes: _____

■ KONTAKTPERSON/EN

■ Name: _____ Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

■ Name: _____ Telefon: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

■ NOTFALLBOX

- Notfallbox inklusive Bedarfs- / Notfallmedikationsplan wurde bereitgestellt. Die Medikamente werden von Ihnen (Hausarzt) für den Patienten rezeptiert.

■ KOMMENTAR / ZUSÄTZLICHE INFORMATION

■ ANLAGE ZUR ÜBERMITTLUNG

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anlage 3 und 3a | BEI PRIVATPATIENTEN |
| <input type="checkbox"/> Checkliste zur Einschreibung | <input type="checkbox"/> Einverständniserklärung zur Erstellung einer Privatliquidation |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenplan | |
| <input type="checkbox"/> Entlassungsbrief | |
| <input type="checkbox"/> Diagnosen Liste (Palliativdiagnosen + ICD) | |
| <input type="checkbox"/> Ausgefüllter Kriseninterventionsbogen | |

■ WEITERLEITUNG ALLER UNTERLAGEN

- per Mail: Info@PKD-Kreisborken.de ; per KIM: pkd-kreis-borken-nord@tm.kim.telematik
- per Post: PKD Kreis Borken Nord, Vredenerstr. 58, 48703 Stadtlohn (nur mit telefonischer Vorankündigung)