

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