

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

Vertragsarztstempel

Anlage 3

Weiterleitung an die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung

Abschlussdokumentation im Rahmen der AAPV Ersatzkassen

zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Beendigung der AAPV-Versorgung	__.__.20__ Datum der Beendigung Grund der Beendigung: <input type="checkbox"/> Überleitung in Regelversorgung <input type="checkbox"/> Überleitung in die SAPV-Vollversorgung <input type="checkbox"/> Ausscheiden/Tod
2	Sterbedatum	__.__.20__ <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3	Sterbeort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/ Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="checkbox"/> nicht bekannt
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen