

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](mailto:info@PKD-Kreisborken.de)

## 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

- Anlage 3 und 3a
- Checkliste zur Einschreibung
- Medikamentenplan
- Entlassungsbrief
- Diagnosen Liste (Palliativdiagnosen + ICD)
- Ausgefüllter Kriseninterventionsbogen

BEI PRIVATPATIENTEN

- Einverständniserklärung zur Erstellung einer Privatliquidation

### ■ WEITERLEITUNG ALLER UNTERLAGEN

- per Mail: [Info@PKD-Kreisborken.de](mailto:Info@PKD-Kreisborken.de)
- per Post: PKD Kreis Borken Nord, Paulusstr. 9, 48703 Stadtlohn (nur mit telefonischer Vorankündigung)