

<input checked="" 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