

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anlage 3a

### Qualitätsindikatoren - Erstdokumentation im Rahmen der AAPV

zum Strukturvertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach § 73a SGB V zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST**

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Aufnahme in die AAPV	___.___.20__ Datum der Aufnahme
		<input type="checkbox"/> Erstaufnahme <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme
2	Betreuungsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz
3	Patient betreut als	<input type="checkbox"/> Haus-/Facharzt <input type="checkbox"/> QPA
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen
5	Hauptdiagnose	___.20__ Erstdiagnose (nur Monat und Jahr) ___.___.___. (ICD-10)
6	Beteiligte der AAPV! Versorgung	<input type="checkbox"/> QPA <input type="checkbox"/> Palliativpflegedienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/psychosoziale Fachdienste <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Hospizbegleitung <input type="checkbox"/> SAPV-Teilversorgung/Beratung PCT
7	Schmerztherapie erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Art der Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Analgetika WHO-Stufen 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/> / 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige
9	Applikationsform Medikation	<input type="checkbox"/> oral/PEG <input type="checkbox"/> transdermal <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
10	Wundtherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Anlage 3b

### Qualitätsindikatoren - Abschlussdokumentation AAPV

zum Strukturvertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung nach § 73a SGB V zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft und BKK-Landesverband NORDWEST**

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	<b>Beendigung der AAPV-Versorgung</b>	__.__.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	<b>Sterbedatum</b>	__.__.20__ <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3	<b>Sterbeort</b>	<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	<b>Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen