

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Widerspruch
<input type="checkbox"/> Verlängerungsantrag – Aufnahme am: Krankenkasse: <b>Name, Vorname:</b> <span style="float: right;"><b>Geb.-Datum:</b></span>	
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:	
<b>I. Derzeitige erforderliche palliative Therapie</b>	
<b>1. Symptomkontrolle:</b> <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Durchfälle <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Haut	
<b>2. Medikamente:</b> <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:	
<b>3. Andere Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiatio <input type="checkbox"/> KG    Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Atemtherapie	
<b>4. Besonderheiten:</b> <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	
<b>II. Psychosoziale Betreuung:</b> Familiäre Situation / soziales Umfeld:  Erforderliche psychosoziale Begleitung:  <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> Ort, Datum	
<hr style="width: 50%; margin-left: 45%;"/> Name/Unterschrift/Stempel d. Hausarztes oder Krankenhausarztes	