

Integrierte Palliativbetreuung (IPB)

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionistin Pensionist	7 Kriegshinter- bliebene(r)	Zwischen- staatl. Soz.
---------	---------	---------------------	--	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

zu Hause im Pflegeheim

Erstanordnung

Beginn:
.....

Ende:
.....

IPB nicht mehr erforderlich

Folgeanordnung

Beginn:
.....

Ende:
.....

Einweisung ins Krankenhaus

Patientin/Patient verstorben

Familien-/Nachname(n)

Patient Vorname(n) Versicherungsnummer

_____ Tag Monat Jahr

Wohnanschrift bzw. Anschrift Pflegeheim

Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

_____ Tag Monat Jahr

Symptomgeschehen

Schmerzsymptomatik

gastrointestinale Symptomatik

neurologische/ psychiatrische Symptomatik

(ex)ulzerierende Wunden oder Tumore

respiratorische/ kardiale Symptomatik

urogenitale Symptomatik

betreuende(r) Hausärztin / Hausarzt:

..... Datum Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Die Integrierte Palliativbetreuung zu Hause bzw. im Pflegeheim wird nur im Rahmen des Zielsteuerungsprojekts Palliativ- und Hospizversorgung Tirol übernommen. Die Erstanordnung bzw. Folgeanordnung ist jeweils längstens für 28 Tage gültig und an den jeweiligen Krankenversicherungsträger zu übermitteln.