

**ANMELDEFORMULAR ZUR SAPV-AUFNAHME****Nur für Krankenhauspatienten**

<b>Anmeldezeitpunkt Hz Geplante Aufnahme</b>	<b>Datum Uhrzeit</b>
<b>Voraussetzungen</b>	<b>Datum Uhrzeit</b> 1. Vorläufiger Arztbrief + Medikamentenplan + Labor + Palliativverordnung + Anmeldeformular <b>spätestens</b> 1 Tag vor der Entlassung 2. am Entlassungstag: Originalformular 63 mitgeben 3. am Entlassungstag: KTW/Entlassung bis 10.00 Uhr, damit eine Kontaktaufnahme durch SAPV reibungslos erfolgen kann
<b>Adressenaufkleber: Name: Vorname: Geburtsdatum: Meldeadresse Telefon Nr.:</b>	
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Ansprechpartner / Angehörige</b>	
<b>Name + Rufnummer</b>	
<b>SAPV begründende Diagnosen</b>	_____ _____ _____
<b>Infektiöse Krankheiten / Art?</b>	_____
<b>Wohnsituation, wichtige Betreuungshinweise Dolmetscher notwendig?</b>	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit _____ <input type="checkbox"/> ja, Sprache: _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Aufnahme in SAPV am</b>	
<b>Hausarzt / Facharzt</b>	
<b>Wann wurde der Hausarzt informiert?</b>	

<b>Ist der Patient über SAPV informiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
<b>Pflegegrad [PG]</b>	<input type="checkbox"/> beantragt <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> vorhanden PG ____ seit:</span>
<b>Pflegedienst in der Versorgung kontaktiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja Kontakt <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
<b>Wunden vorhanden? Wunddokumentation beigefügt?</b>	<input type="checkbox"/> ja welche? _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
<b>DK/SPDK vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <span style="float: right;">CH seit:</span>
<b>Port</b>	angestochen <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Nadel Art: _____ Nadel Gr.: _____ <input type="checkbox"/> Ernährung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Chemo</span>
<b>Tracheostoma</b>	<input type="checkbox"/> Vorhanden <span style="float: right;">Kanülen-Gr. _____</span>
<b>Wer hat Angemeldet?</b>	
<b>Station, Fax, Telefon, Arzt, Stempel Unterschrift</b>	