

ANMELDEFORMULAR ZUR SAPV-AUFNAHME Telefonische Dokumentation
Nur für Krankenhauspatienten

Palliativteam Verantwortlicher			
Anmeldezeitpunkt	Datum:	Uhrzeit:	
Anmeldung durch (Name/Tel.)			
Geplante Aufnahme	Datum:	Uhrzeit:	
Voraussetzungen <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorläufiger Arztbrief + Medikamentenplan + Labor + Palliativverordnung + Anmeldeformular spätestens 1 Tag vor der Entlassung 2. am Entlassungstag: Originalformular 63 mitgeben (für 7 Tage) 3. am Entlassungstag: KTW/Entlassung bis 10.00 Uhr, Wenn das nicht sicher ist, müssen die Medikamente bis zum nächsten Mittag mitgeben werden!			
Name: Vorname: Geburtsdatum: Meldeadresse: Telefon Nr.: Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Krankenkasse			
Versicherungsnummer			
Ansprechpartner / Angehörige Name + Rufnummer			
SAPV begründende Diagnosen	_____ _____ _____		
Infektiöse Krankheiten / Art?	_____ _____ _____		
Wohnsituation, wichtige Betreuungshinweise, Dolmetscher notwendig?	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit _____ <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> ja, Sprache: _____ <input type="checkbox"/> nein		
Gibt es Haustiere im Haushalt?	<input type="checkbox"/> nein/unbekannt <input type="checkbox"/> ja: _____		
Wurde der Hausarzt informiert, wenn ja wann?			
Hausarzt / Facharzt			
Koordinations-Zuteilung	<input type="checkbox"/> LR	<input type="checkbox"/> RBK / Nord	<input type="checkbox"/> Mitte / Süd

Fragen zur Versorgung	
Ist der Patient über SAPV informiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es einen Pflegeüberleitungs bogen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann erübrigen sich die folgenden Fragen
Pflegegrad [PG]	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad PG ____ seit: <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt
Pflegedienst in der Versorgung kontaktiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kontakt
Wunden vorhanden? Wunddokumentation beigefügt?	<input type="checkbox"/> ja welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
DK/SPDK vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein CH seit:
Port	angestochen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nadel Art: _____ Nadel Gr.: _____ <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Chemo
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Vorhanden Kanülen-Gr. _____
Station + Arzt + Telefonnr.	Station
Sonstiges	