

Telefonabfrage bei Anmeldung über Praxen Vorlage 060

SAPV Verantwortlicher			
Anmeldezeitpunkt Zeit	Datum:	Uhrzeit:	
Wer hat angemeldet?			
Aufnahme am Anmeldetag:	JA:	Wenn nein: Warum nicht:	
Geplante Aufnahme am	Datum:		
Name/Vorname			
Geburtsdatum*		W:	M:
Meldeadresse *			
Telefon*			
Ansprechpartner / Angehörige* Name + Rufnummer			
Krankenkasse*			
Versichertennummer*			
Hausarzt/Fachärzte*			
Koordinations-Zuteilung	<input type="checkbox"/> LR	<input type="checkbox"/> RBK / Nord	<input type="checkbox"/> Mitte / Süd
Ist der Patient über SAPV informiert?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haupt-Diagnosen*	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Aktueller Aufenthaltsort* Wohnsituation, wichtige Betreuungshinweise Dolmetscher notwendig?	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <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: _____		
Pflegedienst in der Versorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pflegegrad (PG)	Kontakt: <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> vorhanden PG: seit: _____ <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt		
Befunde inkl. Medikation und Labor beigefügt?*	Labor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein letzter KH Bericht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikationsplan <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein BMP möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiges			