



### **Aufnahmebogen SAPV**

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen und faxen Sie ihn bitte zusammen mit einem möglichst aktuellen Arztbrief an 089/ 1797 2932.

#### **Wie dringlich schätzen Sie die Kontaktaufnahme durch uns ein?**

- sehr dringend* – bitte heute noch Kontakt aufnehmen
- dringend* - bitte spätestens am nächsten Werktag Kontakt aufnehmen
- nicht ganz so dringend* - bitte im Laufe der nächsten Tage Kontakt aufnehmen

#### **Wen sollen wir wegen des Patienten/ der Patientin zuerst kontaktieren?**

- mich selbst, Sie erreichen mich unter:
- Patient/ Patientin                       Angehörige

Haben Sie schon mit dem Patienten/ der Patientin über die SAPV gesprochen?                      ja     nein

**PatientIn:**

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

**Derzeitiger Aufenthaltsort:**    Krankenhaus                       Palliativstation                       zu Hause   
   im Heim                                       bei Angehörigen                                       sonstige

**Pat. lebt:**                                      allein                                       mit Angehörigen                                       im Heim

**Daten der Kontaktperson:**

**Hauptdiagnose und Symptome:**

**Krankenkasse:**

Versichertenr.:

**Aktuelle Therapie:**                      Chemotherapie                       Bestrahlung                       Bluttransfusion   
   Dialyse                                       künstl. Ernährung                                       sonstige:

**Pflegedienst:**

Kommt derzeit wie oft:

Pflegegrad:

**Was können wir als SAPV-Team Ihrer Meinung nach für den Patienten/ die Patientin tun?**