

Stammblatt für SAPV Anmeldung

Kontaktdaten:

Vor- und Nachname Pat.: _____

☎ Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name Angehörige/Ansprechpartner: _____

☎: _____ Bezug zum Pat.: _____

Krankenkasse: _____ Versicherten Nr.: _____

Ambulanter Pflegedienst: _____

Homecare Dienst: _____

Hausarzt: _____

Soziale Situation (bitte ankreuzen):

unbekannt alleinlebend mit Familie lebend im Heim

Entlassung nach: _____

Entlass Termin: _____

Ansprechpartner in der Klinik:

Arzt: _____ Station: _____

Case Management: _____

Aktuelle Probleme für Notwendigkeit zur SAPV:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Schwäche	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Angst	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>
Obstipation	<input type="checkbox"/>	Ödeme	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Zugänge und Hilfsmittel:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Port	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>
PEG	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>
PCA-Pumpe	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	O ₂ Gerät	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>