



## SAPV - Anmeldung

### Patientendaten

.....  
 Name, Vorname Geburtsdatum

.....  
 Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

.....  
 (Mobil-)Telefonnummer Krankenkasse

Wohnsituation:  zu Hause, alleine  zu Hause, mit Angehörigen  Pflegeheim  betreutes Wohnen  .....

Gesetzliche Betreuung /  ja  nein Name, .....  
 Bevollmächtigte Person Telefon: .....

Wie dringend ist die Aufnahme?  dringend  Aufnahme ab:.....

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

Wo ist das Formular 63?  kommt per Post (Hochstr. 16)  bei Pat. / Angehörigen hinterlegt

Wen sollen wir wegen dem Patienten / der Patientin zuerst kontaktieren?  
 Patient/in  Angehörige  mich selbst, Sie erreichen mich unter: .....

relevante Diagnosen:		
Aktuelle Probleme für die Notwendigkeit der SAPV:		
<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Schwäche <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Krampfanfälle <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> psychosozial <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> .....		
Notwendige Versorgung	enthält	
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telefonische oder persönliche Beratung im Büro über palliativmedizinische Maßnahmen</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Koordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frühes persönliches Kennenlernen</li> <li>▪ Vorstellung der Versorgungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Erstellung individueller palliativer Notfallplan und ggf. Medikationsempfehlung</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Teilversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Multiprofessionelle Versorgung (Palliativmediziner, Palliative Care Fachkraft, Soziale Arbeit)</li> <li>▪ 24 Stunden Rufbereitschaft</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

.....  
 Datum Name – Anmeldende Person

.....  
Telefon – Anmeldende Person

Hinweis: keine Rufbereitschaft

Stempel Einrichtung

Bitte dieses Dokument zusammen mit der Erstverordnung (Formular 63), dem aktuellen Medikamentenplan und relevanten aktuellen Arztbriefen an: 0911 – 89120768 faxen. Vielen Dank!