



## ANMELDEFORMULAR ZUR SAPV-AUFNAHME

### Telefonische Dokumentation

- Nur für Krankenhauspatienten -

<b>Palliativteam-Verantwortliche</b>	
<b>Anmeldezeitpunkt</b>	<b>Datum:</b> _____ <b>Uhrzeit:</b> _____
<b>Geplante Aufnahme</b>	<b>Datum:</b> _____ <b>Uhrzeit:</b> _____
<b>Voraussetzungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vorläufiger Arztbrief + Medikamentenplan + Labor + Palliativverordnung + Anmeldeformular <b>spätestens 1 Tag</b> vor der Entlassung</li> <li>2. am Entlassungstag: Originalformular 63 mitgeben</li> <li>3. <b>am Entlassungstag: KTW/Entlassung bis 10.00 Uhr</b>, damit eine Kontaktaufnahme durch SAPV reibungslos erfolgen kann</li> <li>4. <b>Wenn das nicht sicher ist, müssen die Medikamente bis zum nächsten Mittag mitgegeben werden!</b></li> </ol>
<b>Adressenaufkleber:</b> Name Vorname Geburtsdatum Meldeadresse Telefon-Nr.  Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	
<b>Ansprechpartner / Angehörige: Name + Rufnummer</b>	
<b>SAPV begründende Diagnosen</b>	_____
<b>Infektiöse Krankheiten / Art?</b>	_____
<b>Covid-19</b>	Covid-19 Abstrich vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kontakt zu Covid-19 positiven Menschen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 14 Tage? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Fieber, Halsschmerzen, Geschmacks-/Geruchsverlust? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Teil-) Impfung gegen Covid-19 vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    _____



<b>Wohnsituation, wichtige Betreuungshinweise, Dolmetscher notwendig?</b>	<input type="checkbox"/> allein wohnhaft <input type="checkbox"/> mit _____ <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> ja, Sprache: _____ <input type="checkbox"/> nein		
<b>Gibt es Haustiere im Haushalt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____		
<b>Aufnahme in SAPV am</b>			
<b>Hausarzt / Facharzt</b>			
<b>Koordinations-Zuteilung</b>	<input type="checkbox"/> LR	<input type="checkbox"/> RBK / Nord	<input type="checkbox"/> Mitte / Süd
<b>Wurde der Hausarzt informiert, wenn ja, wann?</b>			
<b>Ist der Patient über die SAPV informiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Pflegegrad [PG]</b>	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad      PG ____ seit: <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt		
<b>Wurde der Pflegedienst in der Versorgung kontaktiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kontakt: _____		
<b>Wunden vorhanden? Wunddokumentation beigelegt?</b>	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>DK/SPDK vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      CH seit: _____		
<b>Port</b>	Angestochen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nadel-Art: _____      Nadel-Gr.: _____ <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Chemo		
<b>Tracheostoma</b>	<input type="checkbox"/> vorhanden      Kanülen-Gr. _____		
<b>Wer hat angemeldet?</b>			
<b>Station, Fax, Telefon, Arzt, Stempel Unterschrift</b>			