



Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Faxanfrage

Anfrage durch

Name, Organisation/Einrichtung, Telefon, Telefax/E-Mail

Patient

Name, Vorname, Geburtsdatum, Strasse, HsNr., PLZ, Ort, Telefon, Familienstand, Nationalität

Anfrage zu, Dringlichkeit, Patientenkenntnis, Hausarzt, Beratung, Koordination, Additive Teilversorgung, i-APV, sofort, innerhalb 24-48h, am..., Besuch im KH vor Aufnahme gewünscht, nach Entlassung aus KH, HA, FA, informiert und einverstanden, Rückruf, HA-Praxis-Kontakt erfolgt

Bedarf(e)

Table with 2 columns: Field (Diagnose(n), Pall. Hauptproblem(e), Symptomgeschehen, Behandlungsziel(e), Verordnung durch) and Options (KH, HA/FA)

Kranken-/Pflegekasse, Zuzahlungsbefreiung, Pflegegrad, Pflegedienst, Hospizliche Begleitung, Spez. Palliative Vorbehandlung, Patientenverfügung, (Gesetzl.) Betreuer, Vorsorgevollmacht, SAPV-Auklärung Patient, gesetzlich, privat, Name, Vers.-nummer, nein, ja, ohne, 1, 2, 3, 4, 5, beantragt (auch Höherstufung), nein, ja, durch:..., nein, ja, ..., nein, ja, ..., nein, beantragt, ja, Hr./Fr. ..., nein, ja, Hr./Fr. ..., nein, ja, einverstanden

Wohnsituation, zuhause, allein, zuhause, mit Angehörigen, im stationären Hospiz, stat. Alten-/Pflegeeinrichtung, KH, Einrichtung, Station/Wohnbereich, Telefon

1. Fürsorgender, Name, verw. Verhältnis, Erreichbarkeit/Telefon

Datum, Unterschrift