



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, Telefon

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-Aufklärung Patient, Wohnsituation, 1. Fürsorgender

Datum, Unterschrift