

Patientenaufnahme in die SAPV durch Hausarzt /Hausärztin

Palliative-Care-Team (PCT) „Barnim/Uckermark“, Georg-Herwegh-Str. 18, 16225 Eberswalde
Tel.: 03334-2590870 & Fax. **03334-2590879**

Zuweisung durch Hausarzt oder Hausärztin: _____ Stempel/ Rückruf-Nr.: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr. _____

Krankenkasse: _____ Kostenträgererkennung: _____

Hinweis: bei privater KK vorab Abklärung durch die Angehörigen, ob eine Kostenübernahme (KÜ) mit den Leistungen für der SAPV erfolgen kann. **Vor Übernahme in die SAP-Versorgung muss eine schriftliche KÜ im PCT-Büro vorliegen.**

Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: _____

palliativärztliche Versorgung: _____ (Information über PCT-Büro)

palliativpflegerische Versorgung: _____ (Information über PCT-Büro)

Allergien: _____

Problemkeime vorhanden? (MRSA, ESBL; Norovirus usw.) _____

Zuzahlungsbefreiung: _____

Diagnosen: _____

Bereits erfolgte Versorgung: PEG Port ZVK PCA- Pumpe Dauerkatheter

Datum der Anlage / Wechselintervall: _____

Vorsorgevollmacht: _____

Patientenverfügung: _____

Kontaktpersonen: _____

Adresse/Tel-Nr. _____

Soziale Situation: unbekannt allein lebend mit Familie lebend im Heim
 keine Unterstützung durch Angehörige möglich
 Pflegedienst vorhanden: _____ informiert am: _____

Adresse/Tel-Nr. der HKP: _____

Versorgung durch: Angehörige Pflegedienst SAPV-Team Heim Ambulanter Hospizdienst (AHD)

Behandlungspflege : _____

Grundpflege: _____

Patientenaufnahme in die SAPV durch Hausarzt /Hausärztin

Palliative-Care-Team (PCT) „Barnim/Uckermark“, Georg-Herwegh-Str. 18, 16225 Eberswalde
Tel.: 03334-2590870 & Fax. **03334-2590879**

SAPV: _____

Hilfsmittel vorhanden: _____

Hilfsmittel benötigt: _____ beantragt am: _____

Hilfsmittelversorger: _____ informiert am: _____

Aufenthaltsort: Häuslichkeit Heim Betreutes Wohnen Hospiz Krankenhaus

Wunschsterbeort: Häuslichkeit Heim Betreutes Wohnen Hospiz Krankenhaus

Wünsche in Notfallsituation: Reanimation ja / nein

 KH-Einweisung ja / nein

laufende palliative Therapie (Chemo/Bestrahlung) ja / nein (Aufnahme bei starker Symptomlast möglich)

Aktuelle Probleme für SAPV-Notwendigkeit:

	Hauptgrund	nein	leicht	mittel	stark
Schmerzen					
Übelkeit					
Erbrechen					
Obstipation					
Diarrhoe					
Atemnot					
Schwäche					
Angst					
Krampfanfälle					
Hautprobleme					
Ödeme					
Blutungsneigung					

Vorhandene Wunden: Lokalisation _____

 Art der Wunde _____

 bisherige Wundversorgung _____

Unterschrift: _____

Hinweise:

- fett gedruckt sind die wichtigsten Angaben, Daten die auf dem Formular 63 angegeben sind, müssen auf dem Überleitungsbogen nicht nochmal aufgeführt werden („siehe unter F 63“)

- ausgefüllter Überleitbogen, letzte Epikrise & Formular 63 vorab **per Fax an PCT-Büro** --
Original **Formular 63** (mit *Arztunterschrift/Stempel/Patientenunterschrift*) **per Post** ins PCT-Büro