

Anmeldung/Aufnahmebogen



Palliativnetz Oberhavel

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen und schicken ihn bitte zusammen mit einem möglichst **aktuellen** Arztbrief per E-Mail an info@palliativnetz-ohv.de.

Palliativnetz Oberhavel

Lehnitzstraße 21 A
16515 Oranienburg

Telefon: 03301 5228820

E-Mail: info@palliativnetz-ohv.de

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Wohnsituation: allein mit Angehörigen im Pflegeheim betreutes Wohnen

Angehöriger/Betreuer: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Pflegedienst vorhanden: ja nein wenn ja, welcher: _____

Falls Aufenthalt im Krankenhaus, geplante Entlassung: _____

Diagnosen und Hauptsymptome: _____

Wunden: ja nein

Schmerzpumpe: ja nein

Port: ja nein

Blasendauerkatheter: ja nein

Hausarzt: ja nein wenn ja, welcher _____

Ist der Patient über SAPV informiert? ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Zuzahlungsbefreiung? ja nein

Kontaktdaten des Anmelders: _____
