

Anmeldung/Aufnahmebogen SAPV



Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen und schicken ihn bitte zusammen mit einem möglichst aktuellen Arztbrief per Fax an 03301 5228887 oder per E-Mail an info@sapv-oberhavel.com

SAPV Oberhavel GmbH
Sachsenhausener Straße 23 A
16515 Oranienburg

Fon: 03301 5228880
Fax: 03301 5228887
E-Mail: info@sapv-oberhavel.com
Web: www.sapv-oberhavel.com

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: _____

Datum, Unterschrift