



SAPV-Anfrage

Patient

Name, Vorname Geburtsdatum

Strasse, HsNr., PLZ, Ort

Aktueller Aufenthaltsort

(Mobil-)Telefon/E-Mail Familienstand

Hauptversorgende Person ☐ ja ☐ nein Name, (Mobil-)Telefon:

Gesetzl. Vertretung/ Bevollmächtigte Person ☐ ja ☐ nein Name, (Mobil-)Telefon:

☐ Pflegedienst ☐ Hospizdienst

Kranken-/Pflegekasse Vers.-nummer

Pflegegrad ☐ ohne ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt (auch Höherstufung)

Wohnsituation ☐ zuhause, allein ☐ zuhause, mit Angehörigen/ 24h-PK ☐ alternative Wohnform ☐ stat. Pflegeeinrichtung

Haus-/Facharzt ☐ informiert und einverstanden

Diagnose:
Symptomgeschehen:

Palliatives Therapie-Ziel	Aktuelle Therapie – Beschreibung (z.B. Immun/Hormon/Chemo/Bestrahlung etc.)	
Lebensverlängerung		☐
Symptomlinderung		☐
keine Therapie		☐

Auftrag an SAPV

Notwendige Versorgung	enthält	
Beratung oder Koordination	- frühes persönliches Kennenlernen (early onset) - Vorstellung der Versorgungsleistung Hinweis: <u>ohne</u> 24h Notfallnummer	☐
Teil- oder Vollversorgung	- Multiprofessionelle Versorgung (Medizinisches Behandlungsteam, Soziale Arbeit, Seelsorge) 24h Notfallnummer	☐

Bemerkungen:

.....

.....

Datum Name – Anmeldende Person

telefon. erreichbar – Anmeldende Person

Stempel Einrichtung