

## Qualifizierte Patientenmeldung

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

### Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Krankenkassennummer:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_ **Status:** \_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Symptomlast:** \_\_\_\_\_

**aktueller Aufenthaltsort:** Einrichtung \_\_\_\_\_ bis (ca.)

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**nächster Angehöriger:** (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nummer: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**anmeldende Person:** (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben) Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben) **SAPV** ja oder **KLINIK-SAPV** ja

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nummer: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Fax.- Nr.: \_\_\_\_\_

! **Bitte:** Kopie **Arztbrief** und wichtige aktuelle Befunde faxen!  
! Sie erreichen unser Palliativteam telefonisch unter 06181/1895-230, **Fax: 06181-1895-232**  
! **Nach dem Ausfüllen bitte per Fax an das Palliativteam senden**