

Qualifizierte Patientenmeldung

Datum: __. __. __

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Meldeadresse:

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

aktueller Aufenthaltsort: (bis: __. __. 20__) Einrichtung: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaft: _____

Anmeldung erfolgt für (Zutreffendes bitte ankreuzen)

IgV-Palliativmedizin (lt. Basis-Vertrag mit teilnehmenden Kassen):

AOK Hessen BEK DAK HaMüEK IKK Hessen / Baden-Württemberg

BKK: welche BKK? (bitte genau benennen): _____

andere Kasse ¹ (bitte genau benennen): _____

für diesen Fall: Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse wird gestellt durch:

Patient / Familie Sozialdienst Hausarzt

(¹ keine Vertragskasse des Palliativteam Hanau, Palliativdienst Klinikum Hanau GmbH)

Spezialisierte **A**mbulante **P**alliativ **V**ersorgung (gem. § 37b, § 132d SGB V, Gem.BA-RL SAPV):

Beratungsleistung

Koordination der Versorgung

Mitbetreuung („additiv unterstützende Teilversorgung“ lt. RL)

Vollversorgung („vollständige Versorgung“ lt. RL)

beschränkt auf 7 Tage (bei Verordnung durch Krankenhaus-Arzt)

nächster Angehöriger: (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben) Verwandt.-grad: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

diese Person ist _____ als gerichtlicher Betreuer bestellt Bevollmächtigter des Patienten

anmeldende Person: (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben) Tel.-Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Patient	Angehöriger	Hausarzt	ndgl. Facharzt	KH-Arzt	Sozialdienst/Pflegeüb.
Seelsorge	amb. Pflege	stat. Pflege	Hospizhelfer	stat. Hospiz	Palliativdienst

Nach dem Ausfüllen bitte per Fax (06181 / 296- 2961) an das Palliativteam senden.

Hausarzt: (bitte Rückrufnummer unbedingt angeben)

Name, Vorname: _____

Mobil: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

verordnet SAPV **oder:** ist über IgV informiert ist mit IgV einverstanden

Führende Diagnose: _____

Begleiterkrankungen: _____

Behandlung derzeit: Chemotherapie Bestrahlung parenterale Ernährung

Patient ist sich der lebensbegrenzenden Erkrankung bewusst: ja / nein

Palliativmedizinische Probleme:

Schmerz (VAS): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (zutreffenden Zahlenwert bitte ankreuzen)
 0=kein Schmerz mittel 10=stärkster Schmerz / vernichtend

Luftnot (in Ruhe: wenig mittel stark / bei Belastung: wenig mittel stark)

Übelkeit, Erbrechen Appetitlosigkeit Schwäche
 aufwendige Wundversorgung aufbrechende Geschwulst Angst
 Belastungssituation der Angehörigen

Wunsch nach Versorgungsübernahme:

Eilt sehr (<24 h) in den nächsten 3 Werktagen eilt nicht

Versorgungssituation:

Pflegestufe ist beantragt oder: 1 2 3 eingestuft

Patient ist selbstständig auf Hilfe angewiesen voll pflegebedürftig

i.v.-Port vorhanden PEG vorhanden Harnableitung mittels Dauerkatheter

Hilfsmittel vorhanden _____

häusliche Pflege findet mit Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes statt

Anmeldung im stat. Hospiz erfolgt Kontakt zur Hospizinitiative besteht

Vorsorgevollmacht liegt vor Patientenverfügung liegt vor

Bitte unbedingt als Anlage beifügen:

Sie erreichen unser Palliativteam telefonisch unter 06181 / 296-2960, Fax: -2961

