

SAPV Anfrage (Stand: 22.11.2021)

Liebe Kollegen, bitte verwenden Sie für eine Anfrage zur Übernahme eines Patienten in die palliative Versorgung durch das SAPV Team des DRK Kreisverbandes Mecklenburgische Seenplatte unseren Kontaktbogen.

Den ausgefüllten **Kontaktbogen** ergänzt mit **aktuellem Medikationsplan und Epikrise** bitte per Fax an **03981/ 3497076**

Wir werden uns zur Abstimmung der Übernahme der Patientenversorgung mit Ihnen in Verbindung setzen.

Einrichtung/ Niedergelassener Arzt/-in Name, Adresse	
Ansprechpartner Arzt/-in Name, Telefonnummer	
Patienteninformationen	
Name, Vorname	
Adresse	
Tel. Nummer Patient od. Angehörige	
Geburtsdatum	
Geplantes Datum der Entlassung (bei Zuweisung aus dem Krankenhaus)	
Ort der Entlassung	Häuslichkeit: <input type="checkbox"/> Pflegeheim: <input type="checkbox"/>
	Adresse:
Hauptdiagnose	
Aufnahmerelevanz	Dringlich (innerhalb von 2 Tagen) <input type="checkbox"/>
	Geplant (innerhalb einer Woche) <input type="checkbox"/>
Symptomlast	Schmerzen <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/>
	Dyspnoe <input type="checkbox"/>
	Wunden/Drainagen <input type="checkbox"/>
	Übelkeit/Erbreche <input type="checkbox"/>
	Parent./ent. Ernährung <input type="checkbox"/>