

Anmeldebogen zur Aufnahme



1. Personenbezogene Daten

Anmeldedatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse / Wohnort: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____ Pflegegrad: _____

Diagnosen: _____

Aktueller Aufenthaltsort: _____ Anmeldende/r + Tel.: _____

Hausarzt/ -ärztin + Tel.: _____

SAPV-Arzt/ -Ärztin + Tel.: _____

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Bevollmächtigte/r + Tel.: _____

Gesetzliche Betreuung welche Bereiche + Tel.: _____

An- und Zugehörige + Tel.: _____

2. Medizinische / pflegerelevante Daten

Perfusor: *subkutan* *Port*

Sauerstoff: *Konzentrator* *Mobiles Gerät* *flüssig* Liter/min: _____ Versorger: _____

CPAP-Gerät Versorger: _____ Defibrillator (ICD)

Parenterale Ernährung Versorger: _____

PEG: *Ablauf* *Ernährung* *Nasale Sonde*

Blasenverweilkatheter _____ sonstige: _____

Schmerzpumpe: *CADD-Legacy* *CADD-Solis* *Body-Guard* *andere:* _____

Tracheostoma: Größe: _____ *Sprechkanüle* *Blockung* *Sonstiges* _____

Urostoma / Nephrostoma Versorger: _____

Ileostoma / Colostoma Versorger: _____

Drainage: *Pleura* *Aszites* *sonstige:* _____

Wunden: _____ Besondere Medikation: _____

Besonderer pflegerischer Aufwand: _____

Psychische Besonderheiten: _____

Multiresistente Keime welche: _____ Infektionen welche: _____

Mobilität: _____ Besondere Gewohnheiten: *Rauchen* *andere:* _____