

**Stammdatendokument**  
zur Erfassung in der zentralen Datenbank  
Fax an Koordinierungsbüro: 0511/8115-8981

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

**Patientendaten**

Name:	
Straße:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Handy:
Nationalität:	Konfession:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> Mutter (Name, Geb.)	
<input type="checkbox"/> Vater (Name, Geb.)	
Geschwister (Name/Geb.):	

**Behandelnde Klinik**

**Ärztliche Kontaktperson**

	Name: Tel. Fax. e-Mail
--	---------------------------------

**Diagnose und Krankheitsverlauf:**

Überleitung in die ambulante Phase einer hämato-onkologischen Therapie ab dem \_\_\_\_\_

Überleitung in die häusliche Versorgung ab dem \_\_\_\_\_

Überleitung in die SAPPV ab dem \_\_\_\_\_

<b>Krankenkasse</b>  <b>Ansprechpartner mit Tel.</b> Tel. Fax. e-Mail	Versichert über <input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter  Versicherter:
Kassennummer	Versicherungsnummer
<b>Kostenzusage liegt vor:</b>	
Weitere Ansprechpartner:	
<b>Pflegekasse</b>  <b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail	MDK-Termine  Pflegestufe
<b>Kostenzusage liegt vor:</b>	

Schwerbehindertenausweis:

 ja

Grad:

MZ:

 beantragt am: \_\_\_\_\_

<b>Hilfsmittelzentrum der Krankenkasse</b>  <b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail	
<b>Apotheke (Lieferservice?)</b>  <b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail	<b>Sanitätshaus</b>  <b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail

<p>Kinderarzt (ambulante häusliche Betreuung)</p> <p><b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail</p>	<p>Hausarzt (ambulante häusliche Betreuung)</p> <p><b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail</p>
<p>Ambulanter Hospizdienst</p> <p><b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail</p>	<p>Hospiz</p> <p><b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail Letzter Aufenthalt:</p>

**Kontaktdaten weiterer Ansprechpartner bzw. Bezugspersonen**

<p>Therapeutische Versorgung</p> <p><b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail</p>	<p>Therapeutische Versorgung</p> <p><b>Ansprechpartner</b> Telefon Telefax e-Mail</p>
<p>Schule</p> <p><b>Klassenlehrer</b> Telefon Telefax e-Mail</p>	

Dokumentationsverlauf für die Koordinierung der Entlassung  
 Fax an Koordinierungsbüro: 0511-532-168980

Für PatientIn

Datum

Geburtsdatum:	Entlassungsdatum:

Versorgung des Kindes	Erledigt am:
<input type="checkbox"/> Einverständniserklärung des/der Sorgeberechtigten liegt vor	
<input type="checkbox"/> Verordnung liegt vor	
<input type="checkbox"/> ambulante Kinderkrankenpflege involviert & Kontakt hergestellt	
<input type="checkbox"/> Überleitungspflege gewährleistet	
<input type="checkbox"/> Eltern in notwendigen Pflegemaßnahmen angeleitet	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel bereits organisiert (s. Checkliste Pflegeüberleitungsdok.)	
<input type="checkbox"/> VersorgungskordinatorIn (Netzwerk) informiert & Dokumentationsverlauf für die Koordinierung weitergeleitet	

Entlassungsgespräch	Erledigt am:
<input type="checkbox"/> Patient aufgeklärt und informiert	
<input type="checkbox"/> Angehörige aufgeklärt und informiert	
<input type="checkbox"/> Aktuellen Medikamentenplan ausgefüllt	
<input type="checkbox"/> Entlassungspapiere vorbereitet & ausgehändigt	
<input type="checkbox"/> Notfallbrief an einen festgelegten Ort deponiert	
<input type="checkbox"/> DNR/Patientenverfügung & Kopie angefertigt	
<input type="checkbox"/> Patientenakte für zu Hause angefertigt	
<input type="checkbox"/> Patientenpass ausgehändigt	
<input type="checkbox"/> Kinderhospizdienst involviert & Info über Kinderhospizaufenthalte	

Kooperation mit Haus-/Kinderarzt	Erledigt am:
<input type="checkbox"/> Kontakt zum Haus-/Kinderarzt hergestellt & informiert	
<input type="checkbox"/> Haus-/Kinderarzt nimmt an der Versorgung teil <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> gemeinsamer Besuch in der Familie organisiert	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Psychosoziale Betreuung	Erledigt am:
<input type="checkbox"/> über Möglichkeiten einer palliativen Kur- oder Rehamaßnahme für die ganze Familie informiert	
<input type="checkbox"/> Kontakt zu Seelsorger/ spirituellen Begleiter oder Therapeuten	
<input type="checkbox"/> Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen	
<input type="checkbox"/> Kontakt zum Kindergarten, zur Schule oder zum Verein hergestellt	
<input type="checkbox"/> Geschwisterarbeit	
<input type="checkbox"/> Angebote zur Kurzzeitmaßnahme (Entlastungspflege)	
<input type="checkbox"/> Hausunterricht angemeldet	

<b>Sonstige Anträge</b>	<b>Erledigt am:</b>
<input type="checkbox"/> Antrag Deutsche Krebshilfe	
<input type="checkbox"/> Antrag Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> Antrag auf Sonderurlaub unter Fortzahlung der Bezüge	
<input type="checkbox"/> Parkgebührenbefreiung	
<input type="checkbox"/> Antrag DLFH	
<input type="checkbox"/> Antrag Pflegegeld	
<input type="checkbox"/> Antrag Fahrtkostenerstattung	

<b>Informationsmaterial (Literatur)</b>	<b>Erledigt am:</b>
<input type="checkbox"/> Leukämie – Was ist das?	
<input type="checkbox"/> Mein Kind hat Krebs	
<input type="checkbox"/> Sozialrechtliche Informationen – Broschüre	
<input type="checkbox"/> Leben mit dem Tumor	
<input type="checkbox"/> Chemokasper – Buch / Figur	
<input type="checkbox"/> Informationen für Lehrer	

**Weitere wichtige Informationen an das Koordinierungsbüro:**