

Datenbogen SAPV-KJ

Im Rahmen der SAPV-Verordnung werden noch weitere Angaben benötigt, um Ihr Kind/Ihren Patienten palliativmedizinisch bestmöglich zu Hause versorgen zu können.

Bitte senden Sie daher diesen Datenbogen möglichst vollständig ausgefüllt zusammen mit der Verordnung vorab als Fax (0511 380 77 001) und dann als Original per Post zu. Zur Vorbereitung ist es zudem hilfreich, wenn Sie uns bereits mit der Verordnung einen **aktuellen Medikamentenplan sowie Arztbriefe und weitere ergänzende Dokumente zukommen lassen.**

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="radio"/> Männlich	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Divers <input type="radio"/> Unbestimmt
Religion:			
Dolmetscher notwendig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Sprache: <input type="text"/>
Hausanschrift:			
Ggf. abw. Aufenthaltsort:			
Aufenthalt in Hospiz?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wo?
Ambulanter Kinderhospizdienst?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welcher?
EVN ausgestellt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Wenn ja, wann?

Eltern

Name Vater:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>
Name Mutter:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>

Weitere Kontaktpersonen

Funktion:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Funktion:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Kinderarzt/-ärztin

Name:	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Andere Ärzt*innen, Krankenhäuser o.ä.

Name:	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Pflegedienst

Name:	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Weitere Behandler*innen/Therapeut*innen			
Name:		Adresse:	
Telefonnr.:		E-Mail:	
Name:		Adresse:	
Telefonnr.:		E-Mail:	

Pflegegrad			
Pflegegrad:	<input type="radio"/> Beantragt	Schwerb.-Ausweis:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Beantragt
Grad d. Behind.:		Merkzeichen:	

Sorgerecht (*bitte Nachweise beifügen)				
<input type="radio"/> Beide Eltern	<input type="radio"/> Leiblicher Vater	<input type="radio"/> Leibliche Mutter	<input type="radio"/> Jugendamt*	<input type="radio"/> Gesetzl. Betreuung*

Status Standardimpfungen	
Geimpft gem. RKI/STIKO?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Allergien

Vorhandene Hilfsmittel/Hilfsmittelversorger

Vorhandene Zugänge					
<input type="radio"/> PEG	<input type="radio"/> PEJ	<input type="radio"/> Port-Katheter	<input type="radio"/> Subkutan-Katheter		
<input type="radio"/> Medikamentenpumpe	<input type="radio"/> Broviac-/Hickmann-Katheter	<input type="radio"/> Andere:			

Weitere Bemerkungen oder Hinweise

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:	
------------------------------------	--

Datum:		Unterschrift:	
--------	--	---------------	--