

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Vertrauensperson: _____ Tel: _____

Bezug: Ehepartner Kind sonstige: _____

Wichtige Ärzte (Hausarzt, Onkologe etc.):

Diagnosen: _____

Symptome: Schmerzen Übelkeit/Erbrechen Müdigkeit/Schwäche
 Luftnot Angst/Unruhe Wunden/Dekubitus
 Inkontinenz Depressivität Appetitmangel

Zugänge: Port PEG Pleura Drainage
 Dauerkatheter Sauerstoffgerät AP

Allergien: _____

Pflegegrad: unbekannt kein beantragt
 Grad 1 Grad 2 Grad 3
 Grad 4 Grad 5

Hilfsmittel: _____

Medikation: _____

Wichtige Infos: _____

Geplante Entlassung: _____

Beigefügt wird: Medikamentenplan SAPV-Verordnung aktuelle Arztbriefe

Kontakt für Rückfragen: _____
