



Datum:

Patientenanmeldung für unsere Zuweiser
für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, Formular 63)

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Krankenkasse:

Versichertennummer, IK-Nr.:

☐ gesetzlich ☐ privat

Telefonnummer Patienten/Angehörige:

Diagnosen:

Symptomlast:

- ☐ Schmerzen ☐ Luftnot ☐ Übelkeit/Erbrechen ☐ Angst/Unruhe ☐ Schwäche/Müdigkeit
☐ Sonstiges:

Aktueller Aufenthaltsort: (falls von oben abweichend):

Pflegeheim:

☐ Ja ☐ Nein

Hausarzt:

Wichtig:

Bitte senden Sie uns eine Überweisung oder das Formular 63, sowie aktuelle Arztbriefe und den aktuellen Med.-Plan!

KIM: palliativnetz-osthessen@akquinet.kim.telematik

Fax: 0661 90 15 017 Tel.: 0661 2500 675

Vielen Dank!