



ADIUVANTES-SAPV GMBH
SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG
L A N D S H U T

Fax : 0871-97403447

Datum Anfrage:

Bitte aktuellen Arztbrief und Medikamentenplan mitschicken!!!

Anfragende Institution mit Rückrufnummer, Ansprechpartner:

--

Entlassung geplant am:

Patientenname, Vorname

Geb. Datum

--

PLZ, Wohnort

Straße, Nr.

Tel.:

--

Aufenthaltort (falls nicht Wohnort)

Relevante Diagnosen:

--

Symptome/Indikation: z.B. Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Verwirrtheit

Krankenkasse: _____

Pflegegrad: I II III IV V

Versicherungsnummer: _____ Status: _____

Hausarzt-Name

Tel.Nr

Zuzahlungsbefreiung für Rezepte

Bei Anfrage von Klinik/Pflegeheim/Angehörigen: Hausarzt informiert und einverstanden ja nein

Angehörigen-Name, Adresse, Tel.Nr.

Patient über Palliativsituation aufgeklärt u. mit Palliativversorgung einverstanden

ja nein