



## Palliativteam München West e. V.

Bodenseestr. 216  
81243 München

### Aufnahmebogen SAPV

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen aus und schicken ihn bitte zusammen mit einem möglichst aktuellen Arztbrief per **FAX an 089 / 21 55 11 249**

**Patientin:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

#### Wie dringlich schätzen Sie die Kontaktaufnahme durch uns ein?

- Sehr dringend – bitte heute noch Kontakt aufnehmen
- Dringend – bitte spätestens am nächsten Werktag Kontakt aufnehmen
- Nicht ganz so dringend – bitte im Laufe der nächsten Tage Kontakt aufnehmen

#### Wen sollen wir wegen des Patienten/ der Patientin zuerst kontaktieren?

- Mich selbst, Sie erreichen mich unter:
- Patient/ Patientin
- Angehörige

**Haben Sie schon mit dem Patienten / der Patientin über die SAPV gesprochen?**  Ja  nein

**Derzeitiger Aufenthaltsort:**  Krankenhaus  Palliativstation  zu Hause  
 Im Heim  bei Angehörigen  Sonstige

**Patient lebt:**  allein  mit Angehörigen  im Heim

**Daten der Kontaktperson:**

**Hauptdiagnose und Symptome:**

**Krankenkasse:**

**Versichertennr.:**

**Aktuelle Therapie:**  Chemotherapie  Bestrahlung  Bluttransfusion  
 Dialyse  künstl. Ernährung  Sonstige:

**Pflegedienst:**

Kommt derzeit wie oft:

Pflegegrad:

#### Was können wir als SAPV-Team Ihrer Meinung nach für den Patienten/ die Patientin tun?

---

Bürozeiten:

Mo. - Do. 08.30 – 15.00 Uhr  
Fr. 08.30 – 14.00 Uhr

Tel.: 089 / 21 55 11 240  
Fax.: 089 / 21 55 11 249

www.ptm-west.de  
info@ptm-west.de