



Palliativteam München West e. V.

Bodenseestr. 216
81243 München

Anmeldebogen 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?

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

Wichtig: Bitte vorab mit uns klären, ob ausreichend Kapazitäten vorhanden sind, um der Dringlichkeit entsprechen zu können! Telefonnummer: **089-215511-244**

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:

Versichertenr.:

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

Covid-19-Impfstatus: _____

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