

Anmeldung beim Palliativnetz Freiberg



Name/Vorname:

Geburtstag:

Telefon:

Dörnerzaunstraße 1
09599 Freiberg

Krankenkasse:

Vers.nr.:

Telefon: **03731 7832 3600**
mit Rufweiterleitung

Fax: 03731 7832 3609

Adresse an der Versorgung erfolgen soll:

eMail: palliativnetz@medaz.de
Internet: www.palliativnetz-freiberg.de

Geplante Entlassung:

Lebensbegrenzende Erkrankung (inkl. Metastasierung und Hauptsymptome):

Ist der Patient über das nahe Lebensende informiert?

☐

Ja

☐

Nein

☐

Kommunikation nicht möglich

Kontaktperson (Telefon):

Hausarzt (ist Absprache erfolgt?):

Hospizdienst:
(falls erforderlich)

Pflegedienst (Telefon):

Pflegegrad:

Eingeleitete Hilfsmittel/Maßnahmen:

Sanitätshaus:

Wo befindet sich die SAPV-Verordnung (Formular 63):

Sonstige Beteiligte Dienste (z B: Ernährungs-/ Wund-/ Stomaschwester usw...)

Datum/Kontakt Daten des Anmelders: