

# Anmeldung/Aufnahmebogen SAPV



Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen und schicken ihn bitte zusammen mit einem möglichst aktuellen Arztbrief per Fax an 03301 5228887 oder per E-Mail an [info@sapv-oberhavel.com](mailto:info@sapv-oberhavel.com)

SAPV Oberhavel GmbH  
Lehnitzstraße 21 A  
16515 Oranienburg

Fon: 03301 5228880  
Fax: 03301 5228887  
E-Mail: [info@sapv-oberhavel.com](mailto:info@sapv-oberhavel.com)  
Web: [www.sapv-oberhavel.com](http://www.sapv-oberhavel.com)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Wohnsituation:  allein  mit Angehörigen  im Pflegeheim  betreutes Wohnen

Angehöriger/Betreuer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Pflegedienst vorhanden:  ja  nein wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_

Falls Aufenthalt im Krankenhaus, geplante Entlassung: \_\_\_\_\_

Diagnosen und Hauptsymptome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wunden:  ja  nein

Schmerzpumpe:  ja  nein

Port:  ja  nein

Blasendauerkatheter:  ja  nein

Hausarzt:  ja  nein wenn ja, welcher \_\_\_\_\_

Ist der Patient über SAPV informiert?  ja  nein

Vorsorgevollmacht vorhanden?  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

Zuzahlungsbefreiung?  ja  nein

Kontaktdaten des Anmelders: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift