



**PALLIATIV
CARETEAM**
Potsdam & Umland GbR

**Koordinationsbüro
PCT “ Potsdam und Umland GbR”**

E-Mail: anmeldung@sapv-potsdam-umland.de

TEL: 0151-4000125

oder: 033841-447794

FAX: 033841-447190

Koordinationsbüro
Frau Dr.med. Eva.Maria Schulze-Köhn
Brücker Landstrasse 3
14806 Bad Belzig

Koordinationsbüro PCT “ Potsdam und Umland GbR”

Überleitungsbogen zur Anmeldung der SAPV

Patientenname:

Geburtstag:

Adresse:

Telefon:

Kontaktdaten von Angehörigen/Betreuern:

Vorsorgevollmacht:

Pflegegrad: vorhanden - beantragt

Zuzahlungsbefreiung:

Hauskrankenpflege bisher vorhanden:

Hilfsmittel vorhanden:

Hausarzt/ärztin:

Wurde über die SAPV am.....informiert.

Gewünscht: Teilversorgung/Vollversorgung

Koordinationsbüro PCT “ Potsdam und Umland GbR”

E-Mail: anmeldung@sapv-potsdam-umland.de

TELEFON:: 0151-40000125

FAX: 033841-447190

Aufenthaltort zum Zeitpunkt der Überleitung:

Klinik - Station -Verantwortlich:

Pflegeheim:

Häuslichkeit:

Erstverordnung der SAPV (Formular 63) ist vorgebe gemäß ausgefüllt.

Sie wurde am.....um.....Uhr ins Koordinationsbüro gefaxt.

Die Originalverordnung ist vom Patienten unterschrieben bei der Entlassung mitzugeben einschließlich wichtiger Befundunterlagen.

Datum:

Unterschrift/Stempel:

Rückrufnummer: