

Stammblatt

Brückenschwester

FAX: 6455 821

SAPV

Fax: 6455 856

Platz für Kleber

Adressette

Betreuung durch: _____

Abschluss am : _____

Abschlussgrund/-Ort : _____

Name : _____ Straße : _____

Vorname : _____ PLZ : _____

Geburtsdatum : _____ Ort : _____

Geschlecht : _____ Stadtteil : _____

Konfession : _____ Telefon : _____

Datum der Meldung : _____
(Meldung bei den Brückenschwestern)

Meldung durch : _____ Tel: _____ Fax: _____
(Sozialarbeit, Arzt , Pflege, sonstige mit Tel. & Fax - bitte unbedingt angeben !!!)

Diagnose : _____ ICD 10 : _____

Manifestationen : _____

Komplikationen : _____ Karnofsky-Index : _____ %

Krankenhaus : _____ Station / Tel.: _____

Klinikerarzt : _____

Hausarzt : _____

Krankenkasse : _____ Vers.-Nr.: _____

Sozialstation : _____

Angehörige: _____

Probleme : _____

Hilfsmittel : _____

Sonstiges : _____

Entlassung geplant : _____