

Patientenzuweisung / Verordnung

Anmeldung zur ambulanten Patientenversorgung



1. PATIENTENDATEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse, Ort: _____

Kostengarant: _____

Versicherten-Nr: _____

2. MEDIZINISCHE INDIKATION / DIAGNOSE(N)

3. VERORDNETE LEISTUNGEN (BEHANDLUNGSPFLEGE KVG ART. 7)

- ☐ Komplexe Wundversorgung / Verbandwechsel
- ☐ Infusionstherapie (PVK / PICC / ZVK / Schmerzpumpe)
- ☐ Medikamentenmanagement (Richten / Bestellen / Verabreichen)
- ☐ Monitoring Vitalparameter
- ☐ Psychiatrische Pflege / Krisenintervention
- ☐ Palliative Care Begleitung
- ☐ Sonstiges: _____

Patientenzuweisung / Verordnung

Anmeldung zur ambulanten Patientenversorgung



4. ZUWEISENDE STELLE / PRAXIS

Arzt / Praxis: _____

Telefon: _____

Dringlichkeit: ☐ Normal ☐ Dringend (innerhalb 24 h)

5. SONSTIGES (ALLERGIEN / ISOLATIONSPFLICHT)

6. PATIENTENETIKETTE(N)

7. ANLAGEN (BITTE EBENSO ÜBERSENDEN)

- Aktueller Medikationsplan
- Aktueller Austrittsbericht
- Aktueller Pflegerapport
- Patientenverfügung
- Aktuelle Befunde (EKG / CT etc.)
- Aktuelle Pflegeassessments