



Assessmentbogen SAPV – Teil 1: administrativ

Datum:

Angaben zum Patienten	
Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geburtsort:
Nationalität:	Konfession*:
Adresse:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Festnetz:	Mobil Mutter: Mobil Vater:
E-Mail:	
Krankenkasse:	
Kassennummer:	Versichertennummer:
Versichert : <input type="checkbox"/> selbstversichert (privat)	Familienversichert über <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung	
Besonderheiten:	
Angaben zur Erstvorstellung	
Bei Vorstellung anwesend: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Patient	
<input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Sonstige:	
SAPV-Team: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Psychosozial	

* = freiwillige Angabe

		Angaben zum Vater		Angaben zur Mutter		
Datum:	Name:	Vorname:	Name:	Vorname:		
	Geb.-datum:	Konfession*:	Geb.-datum:	Konfession*:		
	Adresse: <input type="checkbox"/> wie Patient			Adresse: <input type="checkbox"/> wie Patient		
	Festnetz:	Mobil:	Festnetz:	Mobil:		
	E-Mail:			E-Mail:		
	Derzeit ausgeübter Beruf *: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit __% <input type="checkbox"/> nicht berufstätig			Derzeit ausgeübter Beruf *: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit __% <input type="checkbox"/> nicht berufstätig		
Vorname:	Staatsangehörigkeit:		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	Staatsangehörigkeit:		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:
	Wohnsituation: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Aufzug			Wohnsituation: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Aufzug		
	Angaben zu Geschwistern					
Name:	Name:		Vorname:		Name:	
	Geburtsjahr:		Geburtsjahr:			
	Besonderes *:				Besonderes *:	
	Name:		Vorname:		Name:	
	Geburtsjahr:		Geburtsjahr:			
	Besonderes *:				Besonderes *:	

* freiwillige Angabe

Adressliste beteiligter Dienste

Datum:	Krankenkasse	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Kinderarzt/Hausarzt	
	Adresse	Tel.:
	Fax.:	
Ansprechpartner:	Email:	
Vorname:	SPZ/Neuropädiater	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Kindergarten/Schule	
	Adresse	Tel.:
	Fax.:	
Ansprechpartner:	Email:	
Name:	Apotheke	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Klinik/Kinderklinik	
	Adresse	Tel.:
	Fax.:	
Ansprechpartner:	Email:	

Datum:	Frühförderung	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Physiotherapie	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Ergotherapie	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
Vorname:	Logopädie	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Homecare	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Ernährung	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
Name:	Ambulanter Hospizdienst/ Kinderhospiz	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Pflegedienst	

Datum:	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Dolmetscher	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Sanitätshaus	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
Vorname:	Ansprechpartner:	Email:
	Sonstige Dienste und Therapien	
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
	Ansprechpartner:	Email:
	Adresse	Tel.:
		Fax.:
Name:	Ansprechpartner:	Email: