



## Anfrage – Bogen

<b>Absender / aktuelle Adresse</b>	<b>Empfänger</b>
Übermittelnde Person/Einrichtung:	Caritas Krankenwohnung für Wohnungslose Turmstr. 21 Haus M, Eingang L Briefkasten Eingang Birkenstraße 10559 Berlin Tel.: 0152 530 006 71 <b>Email: <a href="mailto:krankenwohnung-pflege@caritas-berlin.de">krankenwohnung-pflege@caritas-berlin.de</a></b>

Sehr geehrte Kollegen/innen,  
um den zukünftigen Klient/innen in der Krankenwohnung die bestmögliche Versorgung zur ermöglichen, helfen uns alle Informationen, die Ihnen bekannt sind.  
Uns ist bewusst, dass es möglicherweise sehr wenige oder vage Informationen sein können. Dieser Anfragebogen soll ein Hilfsmittel für Sie darstellen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

**Wichtig**

Bitte richten Sie den ausgefüllten Anfrage-Bogen sowie die Epikrise an die oben genannte Email-Adresse.

Für die Aufnahme benötigen wir ein negatives Covid-Testergebnis!

Bitte Medikamente und Verbandmaterial für mindestens sieben Werktagetage mitgeben. Es ist nicht immer ein Arzt in unserer Einrichtung, nur zu Visiten ein bis zweimal wöchentlich.

<b>Rückmeldemöglichkeit (Mail/ Telefonnr.)</b>	
--	--

<b>Name:</b>		<b>Geschlecht:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Sprache/n:</b>	
<b>Herkunftsland:</b>		<b>Tel.:</b>	
<b>Versicherungsstatus</b>		<b>Einweisender Arzt:</b>	

Diagnosen	
<b>Substanzgebundene Abhängigkeit</b>	
<b>Substitutionspraxis, Adresse</b> (Ist die Substitutionspraxis nicht bekannt bitte Kontakt veranlassen)	

**Anordnungen:**

**Medikation \* Beim nicht versicherten Patienten bei BTM Verordnung, bitte auf NSAR/ Schmerzmitteln umstellen wenn es möglich ist.**

Name	Dosierung	Indikation	Häufigkeit

## Anfrage – Bogen

<b>Bedarfsmedikation</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Indikation</b>	<b>max. Dosis in 24h</b>

Pflege	X	Häufigkeit	Anmerkungen
<b>Vitalzeichenkontrolle</b>  <b>BZ Kontrolle</b> <b>Temperatur:</b> <b>Herzfrequenz:</b> <b>Blutdruck:</b> <b>O2-Sättigung:</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Wunde	Lokalisation	Wundbehandlung

**ZVK /Port**      ja  nein

**Allergien**      ja , welche: \_\_\_\_\_ nein

**Bewegung**      mobil                       benötigt Hilfe                       vollständige Immobilität

**Hilfsmitteln:** \_\_\_\_\_

**Soziale Situation, bitte beschreiben**(was wurde von ihnen Beantragt):

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Übermittelnde Person/Einrichtung/ Arzt

**Einverständniserklärung:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass folgende Angaben in Rücksprache mit mir verfasst wurden und an meine Folgeunterkunft weitergeleitet werden dürfen.

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Klienten /gesetzlichen Vertreters