

Telefonnummer des Patienten

Pflege/Nachsorge von PATIENTEN Information per FAX

Sehr geehrte Damen und Herren,
der Patient/die Patientin ist mit der Kontaktaufnahme und mit der Rückmeldung an die Arztpraxis einverstanden.

Folgende Unterstützung ist erforderlich:

- Ab sofort Ab Die IV-Versorgung lehnt der Patient ab

(***IV-AOK-Vertrag mit n:aip)

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Fax an Klinik unbedingt erforderlich*** | Fax an: 398-..... |
| <input type="checkbox"/> Fax an n:aip unbedingt erforderlich*** | Fax an: 7230211 |
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsdienst n:aip künstl. Ernährung erforderlich*** | Fax an: 7230211 |
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsdienst n:aip Stomaversorgung erforderlich*** | Fax an: 7230211 |
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsdienst n:aip Wundmanagement erforderlich*** | Fax an: 7230211 |
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsdienst n:aip Schmerztherapie erforderlich*** | Fax an: 7230211 |
| | |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege über netzeigenen Pflegedienst miCura (Frau Hecker) | Fax an: 27448627 |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege über Pflegedienst Caritas | Fax an: 2354149 |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege über Pflegedienst Diakonie Ost Tel: 99541-0 | Fax an: ... |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege über Pflegedienst | Fax an: ... |
| | |
| <input type="checkbox"/> Beratung für pflegende Angehörige durch miCura (Frau Hecker) | Fax an: 27448627 |
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst erforderlich; Vermittlung über ZAPF, Tel: s.u. | Fax an: 8016626 |
| <input type="checkbox"/> Stationärer Pflegeplatz erforderlich; Vermittlung über ZAPF, Tel: 5398953 | Fax an: 8016626 |
| <input type="checkbox"/> Patientenbegleitung Bosch-BKK: O GOP 2, O GOP 3, O GOP 4 | Fax an: 62499337 |
| | |
| <input type="checkbox"/> Unterstützungsdienst Wundmanagement aus Schwaig erforderlich | Fax an: 54447718 |
| <input type="checkbox"/> Patienten-/Angehörigenberatung Demenz erforderlich | Fax an: 2876080 |
| <input type="checkbox"/> Patient/in nimmt Kontakt auf | |
| <input type="checkbox"/> Bitte nehmen Sie Kontakt auf | |

Erläuterung zum Kernproblem:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Rückmeldung an die Praxis

- Information/Beratung Vermittlung erfolgt Fallbegleitung (gesonderte Dokumentation)

Lösung/ Ergebnis:

QM PNS 2008®	Version 1.2	Formular 27-03-050
Ersteller: Dr. Michael Bangemann	09.07.2008	Seite 1 von 1