

Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass wir Sie als SAPV-Team in der Versorgung unterstützen dürfen. Um diese Unterstützung bestmöglich zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie das Formular, soweit es Ihnen möglich ist, aus.

Vater		Mutter	
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:		Derzeit ausgeübter Beruf:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____		Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	
Aktuelle Situation			
Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Sprachen: _____			
Wird ein:e Dolmetscher:in benötigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Eltern: <input type="checkbox"/> leben zusammen <input type="checkbox"/> sind getrennt/geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> haben nie zusammen gelebt			
Das Kind lebt hauptsächlich: <input type="checkbox"/> bei den leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> bei der leiblichen Mutter <input type="checkbox"/> bei dem leiblichen Vater <input type="checkbox"/> bei der leiblichen Mutter und ihrem Partner <input type="checkbox"/> bei dem leiblichen Vater und seiner Partnerin <input type="checkbox"/> bei Adoptiveltern <input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern <input type="checkbox"/> bei Großeltern oder anderen Verwandten <input type="checkbox"/> in einem Wohnheim			
Geschwister			
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Besonderes:		Besonderes:	
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Besonderes:		Besonderes:	
Name:	Vorname:	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	

Welche Medikamente bekommt Ihr Kind?

Medikament	Dosis	Art (Tabletten, Saft, Tropfen, Zäpfchen, Hübe)	Wie oft am Tag/Bedarf?	Seit wann?	Wogegen wird es eingenommen?	Wie wirksam?

Wie wird Ihr Kind ernährt?

orale Kost feste Speisen passiert/breilig
Isst/trinkt gerne _____

Sondenkost
 nasale Magensonde (Größe: _____) PEG PEG/PEJ Button
Marke: _____
Versorger: _____
Menge: _____
zusätzliche Flüssigkeit: _____

Parenteral / Infusion
 Port Broviac/Hickman ZVK Picc-Line
Schema (x ml/x Std.)

Verordner: _____

Versorger: _____

Braucht Ihr Kind eine Atemunterstützung wie Sauerstoff, Beatmung?

Hat es eine Trachealkanüle?

Ja Nein

Wenn ja, beantworten sie bitte die nachfolgenden Fragen.

Trachealkanüle

Seit: _____

Kanüle: _____

Cuffdruck: _____

Sauerstoff

Wie oft? selten häufiger immer

Worüber? Sauerstoffbrille Maske Trachealkanüle

Womit? Flüssigsauerstoff Konzentrator O2-Flasche

Versorger _____

Wer hat es verordnet? _____

Beatmung

Nasenmaske Mund/Nasenmaske FullfaceMaske Trachealkanüle

Beatmungsgerät und Modus: _____

Versorger: _____

Letzte Beatmungsüberprüfung am: _____

Klinik/Ansprechpartner:in: _____

Bitte Kopie des letzten Arztbriefes bzgl. der Beatmungsüberprüfung im nächsten Hausbesuch mitgeben oder uns per E-Mail zusenden. Vielen Dank!

Haben Sie einen Pflegedienst, der Sie in der Betreuung Ihres Kindes unterstützt?

Pflegedienst: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner:in: _____

Wieviele Stunden im Monat? _____

Tag _____ Std. Nacht _____ Std Wochenende

Bitte notieren Sie hier die weiteren Hilfsmittel, die Ihr Kind benötigt und welcher Versorger (Firma) diese geliefert hat. Haben Sie eine:n direkte:n Ansprechpartner:in beim Versorger, dann bitte auch Namen und Telefonnummer notieren.

Hilfsmittel	Verordner	Versorger	Ansprechpartner

Benötigt Ihr Kind folgende persönliche Hilfsmittel?

Brille Hörgerät Korsett Orthesen Andere:

Hat Ihr Kind Therapien, wie z. B. Physiotherapie? Wenn ja, wo und durch wen (Praxis)?

	Zu Hause	Praxis	Kita/ Schule	Praxis Name
Physiotherapie				
Logopädie				
Ergotherapie				

Geht Ihr Kind in den Kindergarten oder in die Schule? Wenn ja, in welche/n?
Ansprechpartner:in?

Kita Schule _____

Ansprechpartner:in: _____

Fahrdienst: _____