

Für Sozialdienst und Entlassmanagement: Bitte ausfüllen und an uns faxen.

FAX: 08721 50865-12 – bitte nicht per E-Mail senden (Patientendaten).

Fragen? Sandy Seifert, Telefon 08721 50865-11

Bitte rufen Sie uns einen Tag vor der Entlassung an. Ist die Entlassung für Freitag geplant, brauchen wir die Angaben bis Donnerstagvormittag.

1 Versorgung und Entlassung

☐ Wundversorgung ☐ Schmerzpumpe ☐ Infusion ☐ Künstliche Ernährung

Geplanter Entlasstag

Vorläufiger Entlassbrief

☐ liegt bei ☐ folgt

2 Patientin / Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Anschrift nach der Entlassung (Straße, PLZ, Ort)

Telefon

Krankenkasse

Versichertennummer

Hausärztin / Hausarzt (Name)

Telefon Hausarztpraxis

3 Medikation und Therapie

Medikation

Bei Schmerzpumpe: Pumpenbefüllung (Medikament, Konzentration, Laufrate)

4 Klinik

Klinik, Station

Ansprechpartnerin / Ansprechpartner

Durchwahl

5 Bestätigung

☐ Die Patientin / der Patient ist mit der Weitergabe der Daten an Care Friends einverstanden.
Datenschutzhinweise: www.carefriends.de/datenschutz

Datum

Unterschrift Klinik

bei PC-Fax: Name (statt Unterschrift)