

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: wie Patient:in		Adresse: wie Patient:in	
Telefon:	Mobil:	Telefon:	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:		Staatsangehörigkeit:	

AKTUELLE SITUATION

Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Wird ein:e Dolmetscher:in benötigt: ja nein

Eltern: leben zusammen sind getrennt/geschieden seit _____ verwitwet seit _____ lebten nie zusammen

Das Kind lebt hauptsächlich: bei den leiblichen Eltern bei der leiblichen Mutter bei dem leiblichen Vater
 bei der leiblichen Mutter + Partner:in bei dem leiblichen Vater + Partner:in bei Adoptiveltern
 bei Pflegeeltern bei Großeltern oder anderen Verwandten in einem Wohnheim

GESCHWISTER

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Besonderes:

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Besonderes:

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Besonderes:

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Besonderes:

WELCHES MEDIKAMENT BEKOMMT IHR KIND?

MEDIKAMENT	DOSIS	ART (TABLETTEN, SAFT, TROP- FEN, ZÄPF- CHEN, HÜBE)	WIE OFT AM TAG/ BEDARF?	SEIT WANN?	WOGEGEN WIRD ES EIN- GENOMMEN?	WIE WIRKSAM?

WIE WIRD IHR KIND ERNÄHRT?

orale Kost feste Speisen passiert/breiig
 Mein Kind 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: ___ ml / ___ Std.

verordnet durch: _____

Versorger: _____

BRAUCHT IHR KIND EINE ATEMUNTERSTÜTZUNG, WIE Z. B. SAUERSTOFF, BEATMUNG?

ja nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen.

Trachealkanüle

seit: _____

Kanüle: _____

Cuffdruck: _____

Sauerstoff

Wie oft? selten häufiger immer

Worüber? Sauerstoffbrille Maske Trachealkanüle

Versorger: _____

verordnet durch: _____

Beatmung

Nasenmaske Mund-/Nasenmaske Full-Face-Maske 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 an kinderpact-berlin@charite.de 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, BITTE AUCH NAMEN UND TELEFONNUMMER NOTIEREN.

HILFSMITTEL	VERORDNET DURCH	VERSORGER	ANSPRECHPARTNER:IN

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)?

ART DER THERAPIE	ZU HAUSE	PRAXIS	KITA/SCHULE	NAME DER PRAXIS

GEHT IHR KIND IN DIE KITA ODER IN DIE SCHULE? WENN JA, IN WELCHE? ANSPRECHPARTNER:IN?

Kita Schule _____

Ansprechpartner:in: _____

Fahrdienst _____