

Anfrage Aufnahme Kind

Datum: _____

Name des Kindes: _____ Geb.dat.: _____

Diagnose: _____

Sauerstoff High Flow/CPAP o. ä. invasive Beatmung Trachealkanüle

Weaning

Urlaubspflege

Palliativpflege

„Startklar für zuhause“

Längerfristige Aufnahme gewünscht

Anfrage durch:

Klinik _____ Name _____ Tel. _____

HKKP _____ Name _____ Tel. _____

Krankenkasse _____ Name _____ Tel. _____

Jugendamt _____ Name _____ Tel. _____

Eltern _____ Name _____ Tel. _____

Zuständiger Arzt: _____ Tel.: _____

Krankenkasse: _____

Geplante Aufnahme: _____

Mitaufnahme eines Elternteils gewünscht ja nein