

Anfrage für sozialmedizinische Nachsorge Brandenburg – Berlin

SMN antragstellende Klinik/ Station:		Telefonnummer für Rückfragen:	
SMN antragstellender Sozialdienst:		Geplantes Entlassungsdatum:	

Kontaktdaten des Kindes

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Erstsprache:		
Krankenkasse:	Versichertennummer:	

Sorgeberechtigte(r):	Mutter: []	Vater: []	Vormund: []
Name, Vorname:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
Emailadresse:			

QMS_6.3.5-0.0.1_Überleitungsbogen_02062026

Auftrag

Diagnosen zum Entlasszeitpunkt:

Hilfsmittel/ Besonderheiten:

Magensonde PEG/PEJ Spezialnahrung Sonstige:
Monitoring Sauerstoff AP-Versorgung

Der/ die Sorgeberechtigte/n haben der Kontaktaufnahme mit der u.g. Nachsorgeeinrichtung zugestimmt.

Datum:

Unterschrift Auftraggeber: