

## Anmeldebogen Geriatriische Tagesklinik

Name:
Geburtsdatum:
Straße:
Wohnort:
Krankenkasse:

Anmeldung	Per FAX: 0911/398-3421
	Per Telefon: 0911/398-3420

anmeldender Arzt: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Tel. Nr. Patient:** \_\_\_\_\_  
 (unbedingt angeben!)

Einverständnis zur Weitergabe von Name und Adresse an Fahrdienst

Anmeldung durch: <input type="checkbox"/> KNN <input type="checkbox"/> KNS	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Sonstiges
Ggf. Entlassungstermin: _____	
Name des Hausarztes:	Telefon Hausarzt:

<b>Vollstationäre Behandlung</b> in den letzten 6 Monaten/aktuell?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Reha-Behandlung in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Grad:

Aktueller Einweisungsgrund: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

Kognitiver Leistungsabbau:  Nein  Ja      Depression:  Nein  Ja

<b>Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wird organisiert
Falls Hilfeleistungen erforderlich sind, durch wen werden diese erbracht:
Angehörige/Nachbarn:      Tel.:
Ambulanter Dienst:      Tel.:

Kann der Pat. zum Transportfahrzeug gelangen (inkl. Treppen): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Werden Hilfsmittel verwendet: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollmobil <input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Beinprothese
<input type="checkbox"/> Transport im Rollstuhl notwendig (= Sondertransport)

**Welches Ziel soll erreicht werden?**

- Überwachen / Optimieren internistischer Therapie
- Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Gangstörung, Synkopen, Malnutrition, Inkontinenz etc.)
- Abklärung und Therapiebeginn kognitiver Störungen
- Depressionsbehandlung
- Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit/Mobilität
- Schmerzbehandlung/ Multimodale Schmerztherapie

<b>Wird von Geriatriischer Tagesklinik ausgefüllt!!!</b>			
Indikation:	<input type="checkbox"/> gegeben	<input type="checkbox"/> nicht gegeben	Termin am:
Termin:	<input type="checkbox"/> direkt	<input type="checkbox"/> KÜ über Pat.	Gruppe: <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün
Bemerkung:	_____		
Datum	Unterschrift Arzt	Datum	Unterschrift Pflege