

## ANMELDEBOGEN

akutgeriatriische Tagesklinik Haus 32

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Anmeldung per Fax: **0911/398-3421**  
Anmeldung per Tel.: **0911/398-3420**  
Anmeldung durch:  KNN  KNS  
Anmeldender Arzt \_\_\_\_\_  
 Hausarzt \_\_\_\_\_

Aufnahme möglich ab: \_\_\_\_\_  
Tel.- Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
Tel.- Nr. Patient (unbedingt angeben) \_\_\_\_\_

Praxisstempel  
incl. Fax-Nummer

Vollstationäre Behandlung in den letzten 6 Monaten / aktuell?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
Reha-Behandlung in den letzten 6 Monaten?  Nein  Ja \_\_\_\_\_  
Pflegegrad vorhanden?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Aktueller Einweisungsgrund in die GTK: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen (bitte auch Vorbefunde faxen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kognitiver Leistungsabbau  Ja  Nein **Depressive Verstimmung**  Ja  Nein

Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet?  Nein  Ja  wird organisiert

Falls Hilfeleistungen erforderlich sind: Durch wen erfolgen diese?

Angehörige / Nachbarn \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
amb. Dienst \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen (inkl. Treppen)?  Ja  Nein  mit Hilfe

Werden Hilfsmittel verwendet?  Rollstuhl  Rollmobil  Gehstütze  Beinprothese  
 Transport im Rollstuhl notwendig (Sondertransport)

**Wird von der GTK ausgefüllt**

Indikation: <input type="radio"/> gegeben <input type="radio"/> nicht gegeben <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> direkt <input type="checkbox"/> Attest nötig	Termin am: _____
gegeben	Gruppe: <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> blau
Termin: _____	_____
Bemerkung: _____	

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_