

Geriatrische Tagesklinik

Leitender Arzt: Dr. med. Roland Zerm

Anmeldung Geriatrische Tagesklinik

Patient (Etikett):

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Krankenkasse: _____
Versicherungsnummer: _____

Anmelder/Ansprechpartner (Stempel):

Name, Vorname

Anschrift

Telefon-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Hausärztin/Hausarzt (wenn nicht Anmelder:in): _____

Telefonnummer Pat. (unbedingt erforderlich): _____

Bezugsperson (Name, Tel.): _____

Betreuungsstatus: rechtliche Betreuung Vorsorgevollmacht

Benutzte Hilfsmittel

- Rollator
- Rollstuhl
- Gehstütze
- andere _____

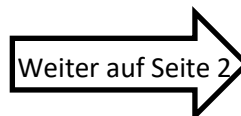
Wahlarztanspruch

Desorientierung: nein ja zeitweise Demenz

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Datum

Unterschrift



Geriatrische Tagesklinik

Leitender Arzt: Dr. med. Roland Zerm

<hr/>	
Pat.: Name, Vorname	
Übernahme aus <input type="checkbox"/> ambulanter Behandlung <input type="checkbox"/> stationärer Behandlung	
Aktueller Einweisungsgrund/OP-Datum _____	
Diagnosen: _____	

Wunden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn, ja: Regelmäßiger Verbandswechsel notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Multiresistente Keime: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Frakturbelastbarkeit: <input type="checkbox"/> volle Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="checkbox"/> keine Belastung	

Geriatrische Syndrome (bei mindestens 2 von 14 Merkmalen besteht eine geriatritypische Multimorbidität):

	Ja	Nein		Ja	Nein
Immobilität			Chronische Schmerzen		
Sturzneigung/Schwindel			Sensibilitätsstörungen		
Kognitive Defizite			Herabgesetzte Belastbarkeit		
Dekubitalulcera			Starke Seh-/Hörbehinderung		
Fehl-/Mangelernährung			Medikationsprobleme		
Störungen im Flüssigkeits-/Elektrolythaushalt			Hohes Komplikationsrisiko		
Depression, Angststörung			Inkontinenz		

Aktueller Funktionsstatus				Therapie-/Diagnostikbedarf	
Motorische Fähigkeit	selbständig mit Hilfe nicht möglich				
Transfers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinische	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapeutische Pflege	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<input type="checkbox"/>
WC benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialdienst	<input type="checkbox"/>

Rehabilitationsziele:		
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität / Sturzprävention		
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit		
<input type="checkbox"/> Vermeidung vollstationärer Behandlung		
<input type="checkbox"/> Vermeidung von Pflegebedürftigkeit / Höherstufung des Pflegegrades		
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
<input type="checkbox"/> Rückkehr in die eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> in Pflegewohnheim	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Transportstatus: als Läufer Rollstuhl mit Trageleistung (Etage: ___ Gewicht: ___ kg)

Pat. wohnt in: Wohnung EFH Pflege-/Seniorenheim anderes _____

Aufzug vorhanden ja nein Stufen zu überwinden? ja nein Etagen ___

Pat. ist selbständig ja nein

wenn nein, wird zuhause versorgt von Angehörigen Pflegedienst, Tel.-Nr. _____