

ANMELDUNG zur

Geriatrischen Tagesklinik
per FAX an 05251/401-891 oder
bei Rückfragen 05251/401-820

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
.....
Telefon-Nr.:
Krankenkasse:

Gewünschter Aufnahmetag:

Hauptdiagnosen:

1. ggf. OP-Datum:
2.

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:

1.
2.
3.
4.

Infekte: SARS-CoV
 MRSA
 ESBL
 3-MRGN
 4-MRGN
 VRE
 Isolationspflichtig
COVID Impfstatus

Kontaktperson/Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter:
Erreichbar unter:

Barthel-Index: **Pflegegrad:** **Hilfsmittel:**
(siehe Anlage)

Funktionseinschränkungen:

- | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------------------|
| Psychische Störungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Delir?
<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz? | <input type="checkbox"/> Demenz?
<input type="checkbox"/> nachts aufsichtspflichtig? | <input type="checkbox"/> Depression? |
| Sprachstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Schluckstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Harn-/Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> DK/AP | | |
| Hochgradige Sehschwäche / Blindheit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Hochgradige Schwerhörigkeit / Taubheit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Dekubitus | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Synkopen / Stürze | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Hemiparese / Parese | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Kontraktur | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |

Spezielles/Wundversorgung/Verbände:
.....

Bei Fraktur/Z.n. TEP oder OP etc.: Vollbelastung nein ja Teilbelastung mit kg Immobilisation bis
Sauerstoffpflichtig: nein ja kontinuierlich intermittierend l/min

Hausarzt / Einweiser: Telefon:
oder Name der verlegenden Klinik:
Sozialdienst / Case-Management: Telefon:
Datum: