

## 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  \_\_\_\_\_

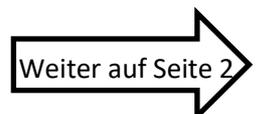
Wahlarztanspruch

Desorientierung:  nein  ja  zeitweise  Demenz

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

**Leitung: Dres. R. Magerstädt und R. Zerm**

<b>Pat.: Name, Vorname</b> _____	
Übernahme aus <input type="checkbox"/> ambulanter Behandlung <input type="checkbox"/> stationärer Behandlung	
Aktueller Einweisungsgrund/OP-Datum _____	
Diagnosen: _____	
_____	
_____	
_____	
<b>Wunden:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; wenn, ja: Regelmäßiger Verbandswechsel notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja;
<b>Multiresistente Keime:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Frakturbelastbarkeit:</b>	<input type="checkbox"/> volle Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="checkbox"/> keine Belastung

**Geriatrische Syndrome** (bei mindestens 2 von 14 Merkmalen besteht eine geriatrische 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"/>

<b>Rehabilitationsziele:</b>		
<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. \_\_\_\_\_