

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

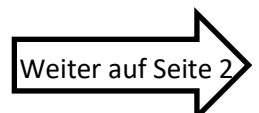
Desorientierung: nein ja zeitweise Demenz

Pat. wurde gegen SARS-CoV-2 geimpft: ja nein wie oft? _____ wann zuletzt _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Datum

Unterschrift



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Leitung: Dres. R. Magerstädt und R. Zerm

Übernahme aus ambulanter Behandlung stationärer Behandlung

Aktueller Einweisungsgrund/OP-Datum _____

Diagnosen: _____

Wunden: nein ja; wenn ja: Regelmäßiger Verbandwechsel notwendig: nein ja;

Multiresistente Keime: nein ja

Frakturbelastbarkeit: volle Belastung Teilbelastung 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

Motorische Fähigkeit **selbständig mit Hilfe nicht möglich**

Transfers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeiten einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Therapie-/Diagnostikbedarf

Medizinische	<input type="checkbox"/>
Therapeutische Pflege	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>

Rehabilitationsziele:

- Verbesserung der Mobilität / Sturzprävention
- Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
- Vermeidung vollstationärer Behandlung
- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit / Höherstufung des Pflegegrades
- Sonstiges _____
- Rückkehr in die eigene Wohnung in Pflegewohnheim 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. _____