



Anmeldebogen Geriatrische Tagesklinik

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
Wohnort:
Krankenkasse:

Anmeldung per FAX: 09561/22-7251

Anmeldung per Telefon: 09561/22-7519

Oder: 09561/22-7528

Anmeldende/r Ärztin/ Arzt: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer Patient:in: _____

Anmeldung durch: Hausärztin/ -arzt Klinikum Coburg/ Abteilung: _____

Sonstige: _____ Wenn akutstationär: Entlassungstermin: _____

Vollstationäre Behandlung in den letzten 6 Monaten/ aktuell: Nein Ja

Wenn ja, Grund des Aufenthaltes: _____

Rehabilitation in den letzten 6 Monaten: Nein Ja

Pflegegrad: Nein Ja: welcher: _____

Aktueller Einweisungsgrund: _____

Weitere Diagnosen: _____

Kognitiver Leistungsabbau: Nein Ja Depression: Nein Ja

Harninkontinenz: Nein Ja Stuhlinkontinenz: Nein Ja

Versorgung zu Hause gewährleistet: Nein Ja wird organisiert

Hilfeleistungen werden erbracht durch (Pflegedienst, Angehörige, Nachbarn mit Telefonnummer):

Patient:in kann zum Transportfahrzeug kommen (inkl. Treppen): Ja Nein Mit Hilfe

Ist der Transport im Rollstuhl erforderlich: Ja Nein

Einverständnis zur Weitergabe von persönlichen Daten an den Fahrdienst liegt vor: Ja Nein

Hilfsmittel: Gehstock UA-Gehstütze(n) Rollator Rollstuhl

Behandlungsziele: Abklärung und Therapiebeginn kognitiver Störungen

Überwachen/ Optimieren der internistischen Therapie Verbesserung der Mobilität

Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Gangstörung, Synkopen, Inkontinenz, Malnutrition)

Behandlung chronischer Schmerzen Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit

Abklärung/ Behandlung chronischer Wunden Vermeidung von vollstationärer Behandlung

Wenn vorhanden bitte aktuelle Arztbriefe und Medikamentenplan mitschicken!

Ort, Datum: _____ Unterschrift Ärztin/ Arzt: _____

Wird von der Geriatrischen Tagesklinik ausgefüllt!!!

Indikation: gegeben nicht gegeben, weil: _____

Termin ab: _____ Datum: _____ Unterschrift Ärztin/ Arzt: _____