

Geriatrische Tagesklinik - Anmeldung geriatrischer Patienten

Fachbereich: Geriatrische Tagesklinik
Telefon: 03836 / 257 455
Telefax: 03836 / 257 452

Name:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Patientenaufkleber

Datum: _____

Anmeldung durch:

Wunschtermin:

vorbehandelnder Hausarzt (Adresse, Telefon):

Ansprechpartner intern (Station; Arzt, Telefon):

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:

	<p>Voraussetzungen für die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notwendigkeit einer Behandlung (akutmedizinisch und rehabilitativ) <input type="checkbox"/> Alter des Patienten > 70 Jahre <input type="checkbox"/> keine ansteckenden Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Transportfähigkeit für die Fahrt zur Tagesklinik <input type="checkbox"/> Belastbarkeit für die Teilnahme an den Therapien <input type="checkbox"/> gesicherte häusliche Versorgung (auch am Wochenende)
	<p>Angehörige, Bezugspersonen (Adresse, Telefonnummer): _____</p> <p>Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
	<p>Psychische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> keine</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> andere: _____

BARTHEL – Index		Summe: _____ Punkte
Bett / Rollstuhl-Transfer	(unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), erhebliche Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Fortbewegung Ebene	(unabhängig (15), geringe. Hilfe (10), Rollstuhl-mobil (5), nicht selbstständig (0))	_
Treppensteigen	(steigt unabhängig eine Treppe (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Essen	(unabhängig (10), benötigt etwas Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Waschen	(unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Baden	(unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen (5), nicht selbstständig (0))	_
An- und Auskleiden	(unabhängig bei Voll- und Duschbad (5), nicht selbstständig (0))	_
Toilettenbenutzung	(unabhängig (10), benötigt Hilfe (5), nicht selbstständig (0))	_
Stuhlkontinenz	(Stuhlkontrolle (10), Inkontinenz max. 1/Woche (5), häufige Inkontinenz (0))	_
Urinkontinenz	(Urinkontrolle, ggf. DK (10), Inkontinenz max. 1/Tag (5), häufige Inkontinenz (0))	_

Bitte zur Aufnahme einen aktuellen Medikamentenplan, Epikrise & relevante Untersuchungsbefunde dem Patienten mitgeben. Danke!