

Geriatrische Tagesklinik - Anmeldung geriatrischer Patient

Fachbereich: Geriatrische Tagesklinik
Telefon: 03836-257455
Telefax: 03836-257452

Name:
 Geburtsdatum:
 Anschrift:
 Patientenaufkleber

Anmeldung durch:

vorbehandelnder Hausarzt (Adresse, Telefon)

Ansprechpartner intern (Station, Arzt)

Wunschtermin:

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:

Voraussetzungen für die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik:

- Notwendigkeit einer Behandlung (akutmedizinisch und rehabilitativ)
- Alter des Patienten > 65 Jahre
- keine ansteckenden Infektionskrankheiten
- Transportfähigkeit für die Fahrt zur Tagesklinik
- Belastbarkeit für die Teilnahme an den Therapien
- gesicherte häusliche Versorgung (auch am Wochenende)

Angehörige, Bezugspersonen: (Adresse, Telefonnummer)

Betreuung: ja nein

Psychische Erkrankungen: keine
 Delir Demenz
 andere: _____

Isolationspflichtige Erkrankungen: keine
 Keim: _____ Besiedlungsort: _____

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 (15)	benötigt Hilfe (5)	nicht selbstständig (0)		___
Essen	unabhängig (10)	benötigt etwas Hilfe (5)	nicht selbstständig (0)		___
Waschen	unabhängig beim Waschen von Gesicht & Händen (5)	nicht selbstständig (0)			___
Baden	unabhängig bei Voll- & Duschbad (5)	nicht selbstständig (0)			___
An- & Auskleiden	unabhängig (10)	benötigt Hilfe (5)	nicht selbstständig (0)		___
Toilettenbenutzung	unabhängig (10)	benötigt Hilfe (5)	nicht selbstständig (0)		___
Stuhlkontinenz	Stuhlkontrolle (10)	Inkontinent < 1x/Woche (5)	Inkontinent > 1x/Woche (0)		___
Urinkontinenz	Urinkontrolle (10)	Inkontinent < 1x/Tag (5)	Inkontinent > 1x/Tag (0)		___

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