



Anmeldebogen Geriatriische Tagesklinik

Per Fax: 089 / 4400 - 55430

Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ und Wohnort:
Krankenkasse: <input type="checkbox"/> PKV, <input type="checkbox"/> GKV	Tel. Nr. Patient/in:
Vor und Nachname der/des anmeldenden Ärztin/Arztes:	Tel.-Nr. /Funk Nr. für Rückfragen:
Name der/des Hausärztin/Hausarztes	Tel.-Nr. der/des Hausärztin/Hausarztes

Wichtige Patienteninformationen

Aktueller Pflegegrad: <input type="checkbox"/> keiner, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5, <input type="checkbox"/> beantragt
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Rollstuhl, <input type="checkbox"/> Rollator, <input type="checkbox"/> Gehhilfe z.B. Gehstock <input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung, <input type="checkbox"/> Vollmacht, <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung
Falls gesetzliche Betreuung bitte Name und Kontaktdaten der Betreuerin/ des Betreuers angeben:
Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet: <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> wird aktuell organisiert Wenn ja, durch wen werden die Leistungen erbracht: <input type="checkbox"/> Selbständig, <input type="checkbox"/> Angehörige, <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst, <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Name, Kontaktdaten:

Stationäre/ teilstationäre Behandlung bzw. Rehabilitation in den letzten 6 Monaten? Nein, Ja

Wenn Ja, bitte erläutern _____

Aktueller Einweisungsgrund: _____

Weitere Diagnosen: _____

Bitte den aktuellen/letzten Arztbrief mit Laborbefund mit senden

Wird von Geriatriischer Tagesklinik ausgefüllt!	
Indikation: <input type="checkbox"/> gegeben, <input type="checkbox"/> nicht gegeben	Aufnahmeterrmin am:
Bemerkungen _____	
Datum _____	
Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____	