



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

per Telefax: (030) 54 72-29 96 55
 per Telefon: (030) 54 72-56 40

Anmeldung Tagesklinik Geriatrie

Name	Telefonnummer/Stempel für Rückfragen
Adresse	Telefonnummer Patient (unbedingt angeben!)
Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Krankenkasse	Hausarzt

Patientenetikett

Aktueller Einweisungsgrund in die Tagesklinik:	
Weitere Diagnosen:	
Bitte aktuelle Medikation und ggf. Arztbriefe mit faxen	
Kognitiver Leistungsabbau/Demenz?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Depression?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Pflegestufe:	
Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Falls Hilfeleistungen erforderlich sind: Durch wen erfolgt sie?	
Ambulanter Pflegedienst	Telefon
Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Werden Hilfsmittel verwendet?	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Beinprothese <input type="checkbox"/> Transport im Rollstuhl notwendig

Selbsthilfefähigkeit (oder Barthel Index, wenn erfasst)	selbständig	mit Hilfe	nicht möglich
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett/ (Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche akutmedizinische Behandlung?	Welches therapeutische Ziel soll erreicht werden?
<input type="checkbox"/> Optimieren internistischer Therapie	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
<input type="checkbox"/> Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Schwindel, Gangstörung, Synkopen, Malnutrition, Inkontinenz)	<input type="checkbox"/> Sturzprävention und Besserung der Mobilität
<input type="checkbox"/> Schmerzabklärung, multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Diabetes-Einstellung/-Schulung
<input type="checkbox"/> Optimierung der Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Vermeiden einer vollstationären Behandlung
<input type="checkbox"/> Abklärung und Therapiebeginn kognitiver Störungen	<input type="checkbox"/> Vermeiden von Pflegebedürftigkeit bzw. Höherstufung der Pflegestufe
<input type="checkbox"/> Depressionsbehandlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Datum: _____ Unterschrift (Stempel): _____