



**Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**
Herzbergstraße 79
10365 Berlin
Abteilung für Geriatrie
Chefärztin
S.Kröschel

Anmeldung Tagesklinik Geriatrie

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

per Telefon: (030) 54 72-56 49

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

Patientenetikett

Aktueller Einweisungsgrund in die Tagesklinik:

Weitere Diagnosen:

Bitte aktuelle Medikation und ggf. Arztbriefe mit faxen

Kognitiver Leistungsabbau/Demenz? JA NEIN

Depression? JA NEIN

Multiresistente Keime JA NEIN

Pflegestufe:

Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet? JA NEIN

Falls Hilfeleistungen erforderlich sind: Durch wen erfolgt sie?

Ambulanter Pflegedienst Telefon

Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen? JA NEIN mit Hilfe

Werden Hilfsmittel verwendet? Rollstuhl Rollator
 Gehstütze Beinprothese
 Transport im Rollstuhl notwendig

Selbsthilfefähigkeit (oder Barthe Index wenn erfasst)	selbständig	mit Hilfe	nich möglich t
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"/>

Name und Geburtsdatum des Patienten

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	

COVID 19 Status:	genesen <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>	
Impfstatus:	1. Impfung <input type="checkbox"/>	2. Impfung <input type="checkbox"/>	Datum der letzten Impfung :

Datum

Unterschrift (Stempel)