



Geriatrische Tagesklinik Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie
 Chefarzt Prof. Dr. Cornel Sieber stv. Chefärztin Prof. Dr. Ute Hoffmann
 OÄ Simone Hahn
 Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg

ANMELDUNG TAGESKLINIK GERIATRIE

per Telefax: 0941/369-2715
 per Telefon: 0941/369-2710
 per Email : geriatische.tagesklinik@barmherzige-regensburg.de
www.paulgerhardt-haus.de

NAME, Vorname: Geburtsdatum: Straße: Wohnort: Krankenkasse: <small>Patientenaufkleber</small>	Tel. Nr. Patient: _____ (unbedingt angeben) Tel. Nr. Angehörige/Betreuer: _____ <input type="checkbox"/> Einverständnis zur Weitergabe von Name und Adresse an Fahrdienst
Anmeldung durch: _____ Abt.: _____ Tel. Nr. für Rückfragen: _____ Ggf. Entlassungstermin: _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt
Name des Hausarztes: _____	Telefon Hausarzt: _____

Aktueller Einweisungsgrund in die Tagesklinik:

Weitere Diagnosen:

Vollstationäre Behandlung in den letzten 6 Monaten/aktuell?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Reha-Behandlung in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Pflegegrad vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Grad
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Kognitiver Leistungsabbau: Nein Ja Depression: Nein Ja

Demenz: Nein Ja Weglauftendenz/Desorientiertheit: Nein Ja

Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet: Ja Nein wird organisiert

Falls Hilfeleistungen erforderlich sind, durch wen werden diese erbracht:	
Angehörige/Nachbarn:	Tel.:
Ambulanter Dienst:	Tel.:

Kann der Pat. zum Transportfahrzeug gelangen (inkl. Treppen): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Nein (Ausschlusskriterium)
Werden Hilfsmittel verwendet: <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Beinprothese <input type="checkbox"/> Rollstuhl

Welches Ziel soll erreicht werden?

- Überwachen/Optimieren internistischer Therapie
- Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Gangstörung, Synkopen, Malnutrition, Inkontinenz etc.)
- Abklärung und Therapiebeginn kognitiver Störungen
- Diabetes-Einstellung/-Schulung
- Depressionbehandlung
- Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit/Mobilität
- Schmerzbehandlung/Multimodale Schmerztherapie

Wird von geriatrischer Tagesklinik ausgefüllt!			
Indikation: <input type="checkbox"/> gegeben	<input type="checkbox"/> nicht gegeben	Termin am:	
Termin: <input type="checkbox"/> direkt	<input type="checkbox"/> KÜ über KK b. PP	Gruppe: <input type="checkbox"/> rot	<input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün
_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Arzt	Datum	Unterschrift Koordination

BITTE den aktuellen Medikamentenplan sowie Vorbefunde des Patienten mit der Anmeldung an uns faxen!

Der Pat. benötigt für die akutgeriatrische Tagesklinik eine Krankenhauseinweisung, sowie die Versicherungskarte!

Eine Genehmigung bei der Krankenkasse ist in der Regel nicht notwendig!!!