



Geriatrische Tagesklinik Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie
Chefärztin Prof. Dr. Ute Hoffmann
Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg

ANMELDUNG TAGESKLINIK GERIATRIE
Ab dem 65. Lebensjahr

per Telefax: 0941/369-2715
per Telefon: 0941/369-2710
per Email : geriatrische.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: _____ (unbedingt angeben) <input type="checkbox"/> Einverständnis zur Weitergabe von Name und Adresse an Fahrdienst
Hausintern: Anmeldung durch: _____ Abt.: _____ Tel. Nr. für Rückfragen: _____ Ggf. Entlassungstermin: _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt
Name des Hausarztes: _____	Telefon Hausarzt: _____

Derzeit ist eine Aufnahme von nur geimpften Patienten möglich!!
(unbedingt angeben!!)

- 2-fach Impfung gegen Covid-19**
- Booster Impfung (3.Impfung)**
- Booster Impfung (4.Impfung)**
- 1-fach Impfung + SARS-CoV-2 Infektion Datum**

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
DK-/Pufi Träger? (Eine Aufnahme in die GTK ist nur eingeschränkt möglich!!)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Harninkontinent? Eine Aufnahme in die GTK ist nur eingeschränkt möglich!	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Stuhlinkontinent ? (Eine Aufnahme in die GTK ist nicht möglich)	<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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wird organisiert	
Falls Hilfeleistungen erforderlich sind, durch wen werden diese erbracht:	
Angehörige/Nachbarn:	Tel.:
Name und Anschrift 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=Ausschlusskriterium

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 Krankenseinweisung, sowie die Versicherungskarte + den Impfausweis!

Eine Genehmigung bei der Krankenkasse ist nicht notwendig!!!

Vielen Dank
MFG