



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: _____

Einverständnis zur Weitergabe von Name und Adresse an Fahrdienst

Anmeldung durch: _____	Abt.: _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt
Tel. Nr. für Rückfragen: _____		
Ggf. Entlassungstermin: _____		
Name des Hausarztes: _____		Telefon Hausarzt: _____

- 2-fach Impfung gegen Covid-19**
- nachgewiesene SARS-CoV-2 Infektion weniger als 6 Monate**
- nachgewiesene SARS-CoV-2 Infektion länger als 6 Monate + 1-mal Impfung gegen Covid-19**
- Keine Impfung/Keine nachgewiesene SARS-CoV-2 Infektion**

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: <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.:
----------------------	-------

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 Krankenseinweisung, sowie die Versicherungskarte!

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

Bitte die Checkliste den Pat./Angehörigen aushändigen!

Vielen Dank

MFG