

**Patientenanmeldung Geriatriische Tagesklinik:**

Anmeldung durch Zuweiser  
Adresse:

Name, Vorname Patient:

Geburtsdatum:

Anschrift

Telefon Patient:

Kurzzeitpflege geplant ab:

Anschrift Kurzzeitpflege:

Telefonnummer Kurzzeitpflege:

Pflegedienst:

Telefon/Fax Pflegedienst:

Name, Vorname Kontaktperson:

Telefon Kontaktperson:

Hauptdiagnose:

Relevante Nebendiagnosen:

Pflegegrad:

Vollständiger Cov-19-Impfschutz:

ja

nein

Hilfsmittel:

Rollstuhl

Rollator

UAGST/HS

keine

Treppensteigen möglich?

ja

nein

in Begleitung

**Besonderheiten in der Versorgung:**

O<sub>2</sub>-Versorgung

Dialyse

Prothesenversorgung

insulinpflichtiger Diabetes

Harninkontinenz

Vollbelastung erlaubt

Dysphagie

Stuhlinkontinenz

Teilbelastung bis zum \_\_\_\_\_

besondere Kostformen:

Wunden:

Sonstiges:

**Bitte übersenden Sie uns mit der Anmeldung folgende Unterlagen:**

Einweisungsschein

Vorbefunde/Briefe

Medikamentenplan

**Telefon: 0451-98902-360**

**FAX: 0451-98902-86475**

