

**Patientenanmeldung Geriatriische Tagesklinik:**

Anmeldung durch Zuweiser  
Adresse:

Name, Vorname Patient:

Geburtsdatum:

Anschrift

Telefon Patient:

Kostenträger:

Kurzzeitpflege geplant ab:

Anschrift Kurzzeitpflege:

Weiterbehandlung:

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!356**

