

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Telefon 040 64412-603**  
**Telefax 040 64412-600**

Klinik für Geriatrie und Physikalische Medizin  
(Richard-Remé-Haus)



# Anmeldung

**zur geriatrischen Behandlung**  stationär  Tagesklinik

Hausarzt:		Wahlärztliche Leistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Behandlungsbegründende Diagnose		<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung __ kg bis __ <input type="checkbox"/> Entlastung bis __	
Weitere relevante Diganosen:		Isolationspflichtiger Keim <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Tracheostoma <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein PEG <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Anus praeter <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Cystofix <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Hemiparese <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sprach-/ Sprechstörung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Schluckstörung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Sehbehinderung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Hörminderung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<b>Verhalten</b> <input type="radio"/> orientiert <input type="radio"/> desorientiert <input type="radio"/> verwirrt/ aggressiv <input type="radio"/> motorisch unruhig <input type="radio"/> Weglauftendenz	<b>Wohn- und soziale Situation</b> <input type="radio"/> Alten-/ Pflegeheim <input type="radio"/> Wohnung/ Haus oder Betreutes Wohnen <input type="radio"/> allein lebend <input type="radio"/> mit Partner ambulante Pflege <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein besteht Betreuung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Vorhandene Hilfsmittel</b> <input type="radio"/> Handstock/ Unterarmstütze <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Prothese <input type="radio"/> Andere/ welche?	
Kontaktperson (Tel./ Adresse)	frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt _____		
	<input type="radio"/> Rücksprache erwünscht unter Telefon _____		
<b>Anmeldungs-begründende Therapieziele:</b> <input type="radio"/> Transfererleichterung/ Pflegeerleichterung <input type="radio"/> Verbesserung der Mobilität <input type="radio"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit <input type="radio"/> Rückkehr in die Häuslichkeit <input type="radio"/> Andere Ziele:		<b>Absender</b> (Telefon für eventuelle Rückfragen, Stempel)  Unterschrift des Arztes <input type="radio"/> bitte neue Formulare zusenden	