

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	



Klinik für Geriatrie und Physikalische Medizin

Anmeldung zur geriatrischen Behandlung

stationär Tagesklinik

Für Nachfragen:

Telefax 040 644 11 7512

Stationär: 040 64411 8511

Tagesklinik: 040 64411 8547

Hausarzt: _____ Wahlärztl. Leistung: ja nein

Verlegungsanlass / Haupt-Diagnose: Vollbelastung
 Teilbelastung _____ kg bis _____
 Entlastung bis: _____

relevante Nebendiagnosen:	Isolationspflichtiger Keim	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Tracheostoma	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	PEG	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Anus praeter	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Cystofix	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Hemiparese	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Sprach- / Sprechstörung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Schluckstörung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sehbehinderung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hörminderung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Verhalten	Wohn- und Soziale Situation	Vorhandene Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> verwirrt / aggressiv <input type="checkbox"/> motorisch unruhig <input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Alten-/ Pflegeheim <input type="checkbox"/> Wohnung / Haus / Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner ambulante Pflege Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Besteht eine Betreuung? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Handstock / Unterarmstütze <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl

Nächster Angehöriger (Tel., Adresse)	Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt
	Absender
<hr/> Unterschrift anmeldender Arzt	
Telefon für Rückfragen:	

Geriatrie-interne Hinweise zur Aufnahme
 Zusage
 Absage