



**Patientenanmeldung Tagesklinik**

Patientendaten	
Name	.....
Vorname	.....
Geb.-Datum	.....
Straße/ Haus-Nr.	.....
PLZ/ Ort	.....
Telefonnummer	.....
Krankenkasse	.....
Versicherungsnummer	.....

Ärztlicher Leiter Tagesklinik  
 Dr. med. B. Hegner  
 Tel: (030) 400 57 200  
**Fax: (030) 400 57 – 210**  
 E-Mail: tagesklinik.mv@vitanas.de

**Patient/in befindet sich derzeit in:**

- stationärer Behandlung bis: \_\_\_\_\_  
 ambulanter Behandlung

**Einweisung durch:** Name/ Tel.-Nr./ Stempel der Ärztin/ des Arztes o. zuweisende Einrichtung

*Praxis-/ Klinikstempel*

Versorgungssituation zuhause	gewünschter Aufnahmeterrmin:
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> HKP <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	

<b>Bezugsperson/ Angehörige</b>	Tel.: _____
---------------------------------	-------------

<b>Betreuer/in</b>	Tel.: _____
--------------------	-------------

<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> beantragt
-------------------	--

**Diagnose**

<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Anus praeter
<input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Hypakusis	<input type="checkbox"/> Visusminderung
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung in der Kognition _____			

<input type="checkbox"/> <b>Wunden</b>	Lokalisation: _____
--	---------------------

<input type="checkbox"/> <b>Keim/ Erreger:</b>	Lokalisation: _____
--	---------------------

<input type="checkbox"/> <b>Dialyse</b>	Wo? _____
---	-----------

Wann?     Mo     Di     Mi     Do     Fr     Sa

	Mobilität			Selbstversorgung		
	Selbstständig	Unterstützung	Völlig unselbstständig	Selbstständig	mit Hilfe	Beaufsichtigung
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



<b>Sturzgefahr</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Sonstige Beeinträchtigungen</b>
<b>Barthel-Index</b>	_____ Punkte	
<b>Hilfsmittel</b>		
<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> anderes:		
<b>Belastbarkeit</b>	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> mäßig belastbar <input type="checkbox"/> gering belastbar	
<b>Frakturbelastung</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg <input type="checkbox"/> keine Belastung	
<b>Therapeutischer Diagnostikbedarf</b>		
<input type="checkbox"/> Medizinische Therapie/ Diagnostik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Therapeutische Pflege	<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Neuropsychologie	
<input type="checkbox"/> Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/> Sozialdienst	
<b>Rehaziel</b>		

<b>Patientenmotivation</b>	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> keine
<b>Rehaziel</b>	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> gering, Rehaversuch aber indiziert
<b>Transportinformation</b>	
Patient/in wohnt in der _____ Etage. Aufzug vorhanden <input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> KTW <input type="checkbox"/> Taxi/ Mietwagen	

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift zuweisende/r Ärztin/Arzt

<b>Vermerk der Vitanas Klinik für Geriatrie</b>	
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme für teilstationäre geriatrische Behandlung für _____ Behandlungstage	
<input type="checkbox"/> Antrag auf Verlängerung der Kostenübernahme der teilstationären geriatrischen Behandlung	
<input type="checkbox"/> Widerspruch gegen eine Ablehnung einer teilstationären geriatrischen Behandlung	
<b>Ergänzende Informationen</b>	
_____ Datum	_____ Stempel Vitanas Klinik für Geriatrie

<b>Vermerk der Krankenkasse</b>	
Die Kostenübernahme wird befürwortet für _____ Behandlungstage.	
_____ Datum	_____ Stempel Krankenkasse