

# Anmeldung



## Akutgeriatrische Tagesklinik

Direktorin: Prof. Dr. med. Birgit Herting  
Münchener Str. 135, 85051 Ingolstadt  
Telefon: 0841/880-2571  
Fax: 0841/880-2579  
E-Mail: akutgeriatrie@klinikum-ingolstadt.de

Klinik für Akutgeriatrie  
Institut für Physikalische und  
Rehabilitative Medizin

Geriatrie\*  
Neurologische, geriatrische und fachübergreifende  
Frührehabilitation\* Physiotherapie\* Physikalische  
Therapie\* Ergotherapie\* Logopädie\*  
Klinische Psychologie, Neuropsychologie

## Patientendaten

Name	Geburtsdatum
Straße	Wohnort
Tel. Patient*in	Tel. Angehörige
Hausarzt	Krankenkasse

## Hauptdiagnosen, insbesondere Einweisungsgrund / Behandlungsziele

--

<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beantragt
<b>Ist die Versorgung zuhause gewährleistet?</b>			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen?</b>			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Mit Hilfe		
<b>Werden Hilfsmittel benötigt?</b>			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?			
<b>Multiresistente Keime?</b>			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
<b>Selbsthilfefähigkeit</b>	Selbständig	Mit Hilfe	Nicht möglich				
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Transfer Sitz-Stand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sich anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Datum

Unterschrift (Stempel)

Bitte reichen Sie zusammen mit dieser Anmeldung folgende Unterlagen ein:

- Alle relevanten Vorbefunde, v.a. Arztbriefe, schriftliche radiologische Befunde, sowie
- Den aktuellen Medikamentenplan.
- Am Aufnahmetag benötigt Ihr Patient\*in eine stationäre Einweisung (bitte nicht älter als 7 Tage)

Herzlichen Dank im Voraus!