

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

Patientendaten

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

Hauptdiagnosen, insbesondere Einweisungsgrund/ Behandlungsziele

Pflegegrad	<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
Ist die Versorgung zuhause gewährleistet?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein				
Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> mit Hilfe		
Werden Hilfsmittel benötigt?	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, welche?				
Multiresistente Keime?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein				

Selbsthilfefähigkeit	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,
- Den aktuellen Medikamentenplan und
- Eine stationäre Einweisung für den Aufnahmetag

Herzlichen Dank im Voraus!