

Sektion Geriatrie
 Leitende Ärztin: Dr. Astrid Täuber
 Nürnberger Straße 12
 92318 Neumarkt i. d. OPf.
 Tel.-Nr.: 09181 420 5525 und -2306
 Fax-Nr.: 09181 420 2697
 Email: statuj1@klinikum.neumarkt.de



Anmeldebogen für die akutgeriatrische Tagesklinik

Voraussetzung Alter ≥ 65

Ausschluss: schwerste Demenz mit Weglauftendenz, Pflegegrad 4+5

Bitte faxen oder mailen Sie uns den ausgefüllte Anmeldebogen zu (Kontaktdaten siehe oben).

(ggf. hier Patientenaufkleber anbringen)

Vor- und Zuname d. Patientin/-en:	
Geburtsdatum d. Patientin/-en:	
Strasse d. Patientin/-en:	
PLZ und Wohnort d. Patientin/-en:	
Krankenkasse (KK) d. Patientin/-en:	☐ PKK, ☐ GKK, Name d. KK:
Telefonnummer d. Patientin/-en:	
Vor- und Zuname d. Angehörigen:	
Tel.-Nr. d. Angehörigen:	
Vor- und Zuname d. Hausärztin/-arztes:	
Tel.-Nr. d. Hausärztin/-arztes:	
Anmeldung durch: ☐ Hausärztin/Hausarzt, ☐ Klinikum Neumarkt, Klinik/Abteilung: _____, ☐ Sonstige:	
Kontaktdaten für Rückfragen (Vor- und Zuname und Tel.-Nr.) d. anmeldenden Ärztin/Arztes:	
Stationäre/teilstationäre Behandlung oder Rehabilitation in den letzten 6 Monaten? ☐ ja, ☐ nein Wenn ja, weswegen?	
Einweisungsgrund in die akutgeriatrische Tagesklinik:	
Auftrag für die akutgeriatrische Tagesklinik (es können mehrere Aufträge angekreuzt werden): ☐ Diagnostik und/oder Therapie von internistischen/altersmedizinischen Erkrankungen, ☐ Monitoring/ggf. weitere Optimierung einer internistischen/altersmedizinischen Therapie, ☐ Diagnostik und/oder Therapie bei geriatrischen Syndromen (u.a. Medikationsproblemen, Polypharmazie, Sturzsyndrom, Schwindel und Taumel, Frailty, Sarkopenie, Mobilitätsstörungen, Gangstörungen, Malnutrition, chronische Wunden, ...), ☐ multimodalen Schmerztherapie, ☐ Diagnostik und Therapie(-einleitung) bei Gedächtnisstörungen/Verdacht auf Demenz	

- ☐ Diagnostik und Therapie(-einleitung) bei (V.a.) Depression,
- ☐ akutes neurologische Defizit (Z.n. Schlaganfall, Morbus Parkinson,...)
- ☐ Sonstige:

Bekannte Diagnosen (ggf. extra Diagnose-Blatt beilegen):

Aktuelle Medikation (ggf. extra Medikamentenplan beilegen):

Besteht eine Pflegegrad? ☐ ja, Stufe: ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ nein, ☐ beantragt

Werden Hilfsmittel benutzt? ☐ ja, ☐ nein

Wenn ja, welche: ☐ Rollstuhl, ☐ Rollator, ☐ Gehstock oder eine andere Gehhilfe, ☐ Sonstige:

Patientenverfügung? ☐ ja, ☐ nein / Vollmacht? ☐ ja, ☐ nein / gesetzliche Betreuung? ☐ ja, ☐ nein
Kontaktdaten (Vor- und Zuname, Tel.-Nr.) des gesetzlichen Betreuers:

Ist die Versorgung d. Patientin/-en zu Hause abends, an den Wochenend- und Feiertagen gewährleistet? ☐ ja, ☐ nein, ☐ wird gerade organisiert

Durch wen wird die Versorgung zu Hause sichergestellt?

☐ Patientin/Patient ist selbständig, ☐ Angehörige, ☐ ambulanter Dienst, ☐ Sonstige:

Kontaktdaten (Vor- und Zuname, Tel.-Nr.) der die Versorgung sicherstellenden Person/Institution:

Wenn Unsicherheit darüber besteht, ob der Patient für eine tagesklinische Behandlung geeignet ist, dann bitte Vereinbarung einer persönlichen Vorstellung bei uns:

Telefon Tagesklinik: 09181/4205525

Bitte den aktuellen/letzten Arztbrief und Medikamentenplan sowie aktuelle Laborbefunde mitgeben!

Wird von der akutgeriatrischen Tagesklinik ausgefüllt:

Indikation: ☐ gegeben, ☐ nicht-gegeben

Aufnahme am:

Bemerkungen:

Vor- und Zuname sowie Unterschrift d. Ärztin/Arztes: