

Akutgeriatrische Tagesklinik
Direktor Dr. Michael Ruth
Münchener Str. 135, 85051 Ingolstadt

Klinik für Akutgeriatrie
Institut für Physikalische und
Rehabilitative Medizin

Geriatrie, neurologische- geriatriische- und
fachübergreifende- Frührehabilitation, Ergotherapie,
Logopädie, Klinische Psychologie,
Neuropsychologie, Physiotherapie, Physikalische
Therapie

Antrag/Anmeldung
Geriatrische Tagesklinik

per Telefon: 0841/880-4216
per Telefax: 0841/880-4119
per E-Mail: akutgeriatrie@klinikum-ingolstadt.de

Anmeldung erfolgt durch:

Krankenhaus (Stempel)

Hausarzt (Stempel)

Name: _____

Name: _____

Station: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Beh. Arzt: _____

Tel.: _____

Name	Geburtsdatum	Krankenkasse
Wohnort	Strasse	
Telefonnummer Patient/Angehörige (f. Rückfragen)	Hausarzt	

(Patientenetikett)

Aktueller Einweisungsgrund in die Tagesklinik:	Weitere Diagnosen:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kognitiver Leistungsabbau/Demenz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Depression	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
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
Falls Hilfeleistungen erforderlich sind – durch wen erfolgen sie?	
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> welcher: Telefon:
Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> mit Hilfe
Werden Hilfsmittel verwendet	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Beinprothese <input type="checkbox"/> Transport im Rollstuhl notwendig

Patient: _____



Patientenverfügung/

JA NEIN

Vorsorgevollmacht

JA NEIN

Selbsthilfefähigkeit (oder Barthel-Index)	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 Bett/(Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche akutmedizinische Behandlung soll erfolgen?	Welches therapeutische Ziel soll erreicht werden?
<input type="checkbox"/> Optimierung einer internistischen Therapie	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
<input type="checkbox"/> Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Schwindel, Gangstörung, Synkopen, Malnutrition, Inkontinenz)	<input type="checkbox"/> Sturzprävention und Verbesserung der Mobilität
<input type="checkbox"/> Schmerzabklärung, multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Diabetes-Einstellung/-schulung
<input type="checkbox"/> Optimierung der Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Vermeidung einer vollstationären Behandlung
<input type="checkbox"/> Abklärung und Therapiebeginn kognitiver Störungen	<input type="checkbox"/> Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. Höherstufung der Pflegestufe
<input type="checkbox"/> Depressionsbehandlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Datum

Unterschrift (Stempel)

Bitte mit dieser Anmeldung den aktuellen Medikamentenplan der/s Patientin/en einreichen !

Zur Aufnahme in unsere Akutgeriatrische Tagesklinik benötigen wir eine Einweisung vom Hausarzt oder einem anderen Krankenhaus und die Versichertenkarte des Patienten