

Ansuchen Ambulante geriatrische Tagesbehandlung

Daten des Patienten:

Familiennamen:		Vorname:
Versicherungsnummer:		Sozialversicherungsträger
Straße:	Hausnummer:	Geburtsdatum:
Ort:	PLZ:	Tel.:

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____

Station/ Abteilung: _____

Nächster Angehörige: _____ **Tel.:** _____

Diagnosen: _____

Situation vor der Aufnahme:

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht mobil

Gehbehilfe: Nein Ja, welche(s) _____

Harn-Inkontinenz: vorhanden nicht vorhanden

Stuhl-Inkontinenz: vorhanden nicht vorhanden

Orientierung:

Orientiert zur Person: völlig teilweise gar nicht zurzeit nicht erhebbar

Orientiert zum Ort: völlig teilweise gar nicht zurzeit nicht erhebbar

Orientiert zur Zeit: völlig teilweise gar nicht zurzeit nicht erhebbar

Orientiert zur Situation: völlig teilweise gar nicht zurzeit nicht erhebbar

Ernährung:

volle Fähigkeit Auffälligkeiten: _____

Diäten/Unverträglichkeiten vorhanden: nein ja, welche: _____

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____