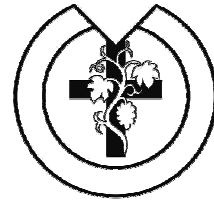


Absender (Stempel):  
Station:  
Tel.:  
  
Arzt:



NETZWERK FÜR MENSCHEN  
DIAKONIEWERK BETHEL

Krankenhaus Bethel Berlin  
Geriatrische Tagesklinik St. E.4

Promenadenstraße 3-5

12207 Berlin

**ÄRZTLICHES GUTACHTEN ZUR AUFNAHME IN DER TAGESKLINIK**

**Name Vorname:** \_\_\_\_\_ **geboren:** \_\_\_\_\_

**Wohnanschrift:** PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ Stockwerk \_\_\_\_\_

dabei handelt es sich um:  eigene Wohnung  Pflegeeinrichtung

**Kostenträger/** privat versichert:

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ 1-Bett:  2-Bett:

**Mitglieds-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Übernahme aus:**  stationärer  teilstationärer Behandlung seit \_\_\_\_\_

**Im Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

ambulanter Behandlung

**Behandelnder Arzt/Hausarzt:**

**Telefon:**

**Angehörige** (Adresse, Telefon):

**Soziales Umfeld** Bezugspersonen, Sozialstation (Adresse, Tel.):

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisheriger Behandlungsverlauf:**

**Therapieziel:**

Geplante Verlegung/Aufnahme: \_\_\_\_\_ vorauss. Behandl.-dauer: \_\_\_\_\_

**Für Tagesklinikpatienten:**

allein lebend     nicht allein lebend    Kann der Patient ohne Hilfe in seine Wohnung gelangen?  ja  nein  
 Fahrstuhl  ja    Stufen zum Fahrstuhl: \_\_\_\_\_  nein    Treppen: \_\_\_\_\_  
 Ist neben der Tagesklinik häusliche Betreuung durch Sozialstation erforderlich?  ja  nein  
 Wenn ja, wie oft?: \_\_\_\_\_  
 Ist ein Transport erforderlich?  ja  nein     Mietwagen     Wagen mit Tragestuhl

**Therapie/Diagnostikbedarf:**

Medizinische Therapie/Diagnostik     physikalische Therapie     Sozialdienst  
 Pflege     Ergotherapie     Krankengymnastik     Logopädie

**Motorische Funktionen:**

	Selbstständig	mit Hilfe	unselbstständig
Laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frei sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Psychische Störung**

	nein	mäßig	stark
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Störung der Sinnesorgane**

Sprach-/Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gut	mittel	schlecht

**Sonstige Beeinträchtigungen:**

	nein	ja		nein	ja		nein	ja
Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anus praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegebedarf	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> hoch
Frakturbelastbarkeit	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> Teilbelastung	<input type="checkbox"/> Entlastung
Internistische Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> kaum
Chirurgische Mitbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Neurologie	<input type="checkbox"/> keine Defizite	<input type="checkbox"/> M. Parkinson	<input type="checkbox"/> Hemiparese/Hemiplegie
		<input type="checkbox"/> Apraxie/Ataxie	<input type="checkbox"/> Neglect/Pusher
Pflegestufe:	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> vorhanden	Stufe: _____

Hilfsmittel vorhanden (welche): \_\_\_\_\_

Hilfsmittel beantragt (welche): \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie bei Verlegung die für die Rehabilitation wesentlichen Epikrisen und Befunde sowie Röntgenbilder und CT-Bilder bei.

**Ort, Datum**

Stempel

**Unterschrift**

<b>KRANKENHAUS BETHEL BERLIN</b> Promenadenstraße 3-5 12207 Berlin	Geriatrische Tagesklinik Koordination/Anmeldung	Chefarzt Dr. Schöpe Oberärztin Dr. Nagler <b>Tel.: 030/ 7791 2679</b> <b>Fax: 030/7791-2680</b>
--	--	--