

Geriatrische Tagesklinik

Ärztliches Gutachten zur Aufnahme in der Tagesklinik

Absender

Station:

Tel.:

Arzt:

Name:

Vorname:

geboren:

Wohnanschrift

Straße & Hausnr.:

Tel.:

Postleitzahl:

Ort:

E-Mail:

Stockwerk:

eigene Wohnung

Pflegeeinrichtung

Kostenträger

Krankenkasse:

privat versichert:

Mitglieds-Nr.:

1-Bett:

2-Bett:

Übernahme aus

stationärer Behandlung:

seit:

im Krankenhaus:

ambulanter Behandlung:

Behandelnder
Arzt /Hausarzt:

Tel.:

E-Mail:

Angehörige (Name, Adresse, Telefon):

Soziales Umfeld Bezugspersonen, Sozialstation (Name, Adresse, Telefon):

Diagnosen:

Bisheriger Behandlungsverlauf:

Therapieziel:

Geplante Verlegung/Aufnahme:

voraussicht. Behandlungsdauer:

Für Tagesklinikpatienten:

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

Therapie/Diagnostikbedarf:

Medizinische Therapie/Diagnostik	physikalische Therapie	Sozialdienst
Pflege	Ergotherapie	Krankengymnastik
		Logopädie

Motorische Funktionen:

	selbstständig	mit Hilfe	unselbstständig
Laufen			
Treppen steigen			
Transfer			
Frei sitzen			
Sich ankleiden			
Sich waschen			

Psychische Störung:

	nein	mäßig	stark
Depression			
Demenz			

Störung der Sinnesorgane:

	nein	mäßig	stark
Sprach-/Schluckstörung			
PEG	ja	nein	
	gut	mittel	schlecht
Ernährungszustand			

Sonstige Beeinträchtigungen:

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Blaseninkontinenz			Dauerkatheter			Dekubitus		
Darminkontinenz			Anus praeter			Kontrakturen		
Pflegebedarf		gering		mittel		hoch		
Frakturbelastbarkeit		voll		Teilbelastung		Entlastung		
Internistische Belastbarkeit		gut		mäßig		kaum		
Chirurgische Mitbehandlung		ja		nein		gelegentlich		
Neurologie		keine Defizite		Hemiparese/Hemiplegie				
		M. Parkinson		Apraxie/Ataxie		Neglect/Pusher		

Pflegestufe:

	beantragt	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:

Unterschrift