

Bitte aktuelle Befunde sowie Medikamentenplan mitfaxen.  
Einweisung zum Aufnahme datum fertig machen  
und dem Patienten mitgeben.

## Aufnahmebogen Geriatrische Tagesklinik

Geplante Aufnahme am:	Absprache erfolgt am/durch:
-----------------------	-----------------------------

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

Therapeutisches Ziel:  Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit  
 Sturzprävention und Verbesserung der Mobilität  
 Abklärung geriatrisches Syndrome (z. B. Sturz, Schwindel)  
 Vermeidung vom Pflegebedürftigkeit/Höherstufung des PG

Sauerstoffpflichtig:  ja  nein Diabetiker:  ja  nein

Pflegegrad:  ja  nein wenn ja, welcher: \_\_\_\_\_  
 beantragt

Pflegedienst:  ja  nein welcher: \_\_\_\_\_

Rechtl. Verfügung:  ja  nein welche: \_\_\_\_\_

Medikamentenstellung:  selbst  Ehepartner  Angehörige  Pflegedienst

Häusliche Versorgung gewährleistet:  Ja  Nein

Kann der Patient selbstständig zum Transportfahrzeug gelangen (inkl. Treppen):

Ja  Nein  mit Hilfsmitteln

Hilfsmittel:  Rollstuhl  Rollator  Gehstock

**Ansprechpartner: Sekretariat GET, Tel. 02921 902880, Fax. 02921 901710**