

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: \_\_\_\_\_

Akutdiagnosen: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

Patient geimpft?  ja  nein Impftermin: \_\_\_\_\_

Sauerstoffpflichtig  ja  nein Diabetiker:  ja  nein

Pflegegrad:  ja  nein \_\_\_\_\_

beantragt welcher: \_\_\_\_\_

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

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

Medikamentenstellung:  selbst  Ehepartner  Angehörige  Pflegedienst

Hilfsmittel:  Rollstuhl  Rollator  Gehstock

Besonderheiten beim Transport:

Frische Fraktur  muss vorne sitzen  Zustand nach Op

Weitere Informationen / Sonstiges:

---

---

**Ansprechpartner: Sekretariat GET, Tel. 02921 902351, Fax. 02921 901380**

Name	Anschrift
------	-----------

### Aktueller Fähigkeit- bzw. Fertigungsstatus und besondere Versorgung

Bartel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.	Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens	ja	nein
Essen/Trinken	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Selbst. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel		
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst.	Geringe Unterst.	Erhebl. Unterst.	Hilfsbedürftig	Selbst. Erledigen von Geschäftsangelegenheiten (Bank, Post, Behörden etc.)		
Waschen	/	/	Selbst.	Hilfsbedürftig	Selbständiges Telefonieren		
Toilettenbenutzung	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten können		
Baden	/	/	Selbst.	Hilfsbedürftig	500 m auf einer Fläche ohne Pause gehen (eventuell mit Hilfsmittel)		
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. 50m	mit Hilfe 50m	Selbst. m. Rollstuhl	Hilfsbedürftig			
Treppensteigen	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	<b>Besondere Versorgungsungen</b>		
An/Auskleiden	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Tracheostoma		
Darmkontrolle	/	Kontinent	Gelegent. inkontinent	Perman. inkontinent	PEG		
Blasenkontrolle	/	Kontinent	Gelegent. inkontinent	Perman. inkontinent	Blasenkatheter		
<b>Summe der Spalten</b>					Künstlicher Darmausgang		

Gesamtpunktzahl Barthel-Index \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel