

Formularkatalog Teil A17 Bestellungen und Leistungsanforderungen	Ärztliche Anmeldung Tagesklinik Geriatrie	 Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus
---	--	---

Tel: 130 149 875 / 878	Antrag per Fax an 130 149 877	
Name:		Tel. Nr. des Patienten: (unbedingt angeben)
Vorname:		
Geb. Datum:		Tel. Nr. Angehörige / Kontaktperson:
Straße:		
PLZ / Ort:		
Krankenkasse:		Ambulanter Pflegedienst:
Vers. Nr.:		Tel. Nr.:
Gegenwärtiger Aufenthalt:	Pflegegrad:	<input type="radio"/> kein <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> beantragt
Entlassung geplant am:	in KUP:	<input type="radio"/> Patientenverfügung <input type="radio"/> Vorsorgevollmacht

Diagnosen:	
Zusatzinformation / aktuelle Probleme:	
Mobilität:	Stempel Anmelder
vorhandene Hilfsmittel: <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Toilettenstuhl <input type="radio"/> andere:	
Datum :	Unterschrift Arzt:

nur von TK auszufüllen !!!

Antrag auf Kostenübernahme für _____ Behandlungstage

Welche akutmedizinische Behandlung?	Welches therapeutische Ziel soll erreicht werden?
<input type="radio"/> Schmerzabklärung,-Behandlung	<input type="radio"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
<input type="radio"/> Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Schwindel, Gangstörung, Synkopen)	<input type="radio"/> Sturzprävention und Besserung der Mobilität
<input type="radio"/> Optimierung der Wundversorgung	<input type="radio"/> krankheitsbezogene Schulung
<input type="radio"/> Abklärung kognitiver Störungen	<input type="radio"/> Umgang und Versorgung mit Hilfsmitteln
<input type="radio"/> Optimieren internistischer Therapie	<input type="radio"/> Vermeidung einer Pflegestufe/ vollstationäre Pflege
<input type="radio"/> Optimierung der Medikamente	<input type="radio"/> Wiedererlangung der ADL-Kompetenz
<input type="radio"/> physikalische Therapie	<input type="radio"/> Gleichgewichtsschulung
	<input type="radio"/> Gangschule
	<input type="radio"/> Kraft-und Ausdauertraining
	<input type="radio"/> Treppensteigen
	<input type="radio"/> Psychologische Begleitung

geplanter Aufnahmetermin bei erfolgter KÜ :		Stempel Tagesklinik
<input type="radio"/> 5 Tage <input type="radio"/> 10 Tage <input type="radio"/> 15 Tage ___ Tage ___ x wöchentlich		
(nur von Tk auszufüllen)		
Datum:	Arzt Unterschrift	