

## Anmeldeformular AGR - Ambulante Tagesbehandlung

Name:	Geburtsdatum:
Derzeit stationär im Klinikum:	Abteilung:
Diagnosen:	
Therapieziele:	

**Versicherung:** Allgemeine Gebührenklasse - **AGK**  Sonderklasse - **SKM**

**Indikation für die Ambulante Tagesbehandlung-Akutgeriatrie/Remobilisation:**

Multimorbidität mit Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Bedarf nach funktionsfördernder, funktionserhaltender oder reintegrierender Therapie.

**Voraussetzung:** Versorgung zu Hause gewährleistet, Transportfähigkeit sitzend.

**Mobilisation**

- selbstständig
- mit Begleitung
- mit Hilfsmittel
- Heraussetzen möglich
- bettlägerig

**Hilfsmittel**

- Krücken / Stock
- Gehwagen
- Rollstuhl
- Prothese \_\_\_\_\_

**Essen und Trinken**

- selbstständig
- mit Hilfe
- Schluckstörung
- PEG/Magensonde

**Orientierung**

- voll orientiert
- teilweise orientiert
- desorientiert

**Pflege**

- selbstständig
- mit Hilfe
- völlig hilfsbedürftig

**Belastung nach OP**

- nicht belastbar bis \_\_\_\_\_
- Teilbelastung bis \_\_\_\_\_
- Vollbelastung

**Wenn der Zustand der Patientin/des Patienten nicht den Angaben auf der Anmeldung entspricht und die Patientin/der Patient die AG/R-Aufnahmekriterien nicht erfüllt behalten wir uns einen Rücktransfer an die zuweisende Abteilung (bzw. nach Hause - sofern die Patientin/der Patient von dort kommt) vor.**

**Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt?**  ja  nein

**Weitere Versorgung:**  zu Hause  unklar  Betreute Einrichtung \_\_\_\_\_

**Gewünschter TERMIN:** \_\_\_\_\_

**Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transferierung der Patientin/des Patienten an unsere Abteilung bis 07:30 Uhr und um Mitgabe relevanter Befunde!**

<b>Überweisende/r Arzt/Ärztin (Ansprechperson bei Rückfragen), Tel.Nr + DW; Fax.Nr./Stempel</b>	<b>Datum:</b>
---	---------------

**Stellungnahme der/s Aufnahmeärztin/arztes:**

Aufnahme möglich Termin: \_\_\_\_\_

Aufnahme **nicht** möglich Begründung: \_\_\_\_\_