

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!

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

Stellungnahme der/s Aufnahmeärztin/arztes:

Aufnahme möglich Termin: _____

Aufnahme **nicht** möglich Begründung: _____