

Tel.: **130 14 6006** • Fax: **130 2914 9875 o. 130 14 6010** • E-Mail: **tagesklinik.iwk@vivantes.de**

Name: _____ Tel.-Nr. des Patienten: (unbedingt angeben) _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Tel.-Nr. Angehörige/Kontaktperson: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Krankenkasse: _____ Ambul. Pflegedienst: _____
 Vers.-Nr.: _____ Tel.-Nr.: _____

Entlassung geplant am: _____ **Pflegegrad:** kein 1 2 3 4 5 beantragt
In Kurzzeitpflege ab: Patientenverfügung Vorsorgevollmacht
Gegenwärtiger Aufenthalt: zu Hause bei Angehörigen PH Seniorenwohnhaus WG KUP

Diagnosen: _____

 Zusatzinformationen/aktuelle Probleme: _____
Mobilität: am Rollator Gehstützen Teilbelastung ___ kg Stempel Anmelder
 Rollstuhl Transfer selbst Transfer mit Hilfe
 Treppe selbst Treppe mit Hilfe
 Sonstiges: _____
 _____ Datum _____ Unterschrift Arzt

nur von Tagesklinik auszufüllen!

Antrag auf Kostenübernahme für _____ Behandlungstage

Welche akutmedizinische Behandlung? **Welches therapeutische Ziel soll erreicht werden?**

Schmerzabklärung, - Behandlung Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
 Abklärung geriatrischer Symptome (Stürze, Schwindel, Gangstörungen, Synkopen) Sturzprävention und Besserung der Mobilität
 Optimierung der Wundversorgung krankheitsbezogene Schulung
 Abklärung kognitiver Störungen Umgang und Versorgung mit Hilfsmitteln
 Optimieren internistischer Therapie Vermeidung eines Pflegegrades/vollstationäre Pflege
 Optimierung der Medikamente Wiedererlangung der ADL Kompetenz
 physikalische Therapie Gleichgewichtsschulung
 Gangschule Kraft- und Ausdauertraining
 Treppensteigen Psychologische Begleitung

Stempel Anmelder

geplanter Aufnahmetermin bei erfolgter Kostenübernahme: _____
 5 Tage 10 Tage 15 Tage ___ Tage ___ x wöchentlich
 _____ Datum _____ Unterschrift Arzt

nur von Tagesklinik auszufüllen!

Dateiname:	Erstellt am:	Ersteller:	Freigabe am:	Freigabe durch:	Revision:	Seite
IWK_FK_A_17_Aerztliche_Anmeldung_TK	25.08.2017	QM	25.08.2017	Dr.A.-K. Meyer	1.2	1/1