

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