

EGZB

# Ärztliches Gutachten

**Aufnahmeantrag Tagesklinik**

Gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_

**Verlängerungsantrag Tagesklinik:** letzte KÜ bis: \_\_\_\_\_

KÜ wird beantragt bis: \_\_\_\_\_

Anmeldung erfolgt durch:

**Krankenhaus** (Stempel)

Name Krhs.: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Beh. Arzt: \_\_\_\_\_

**Hausarzt** (Stempel)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Patient:**

stationär seit: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Transportinformationen:**

Pat. ist Rollstuhlfahrer und muss zur Überwindung von Stufen getragen werden

Pat. kann nur mit Hilfe in den Bus ein-/ aussteigen

Welche patienteneigenen Hilfsmittel sind vorhanden / verordnet:

\_\_\_\_\_

Für welche HM muss Platzkapazität im Bus eingeplant werden:

\_\_\_\_\_

**Krankenkasse:**

\_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Versorgungsmodus** (nur bei Erstantrag auszufüllen)

Patient wohnt in:

Wohnung

Ein-/Mehrfamilienhaus

PWH / Seniorenwohnhaus / betreutes Wohnen

Aufzug vorhanden     Kein Aufzug vorhanden

Etage: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stufen gesamt von Straße bis Wohnungs-/Haustür

\_\_\_\_\_ Stufen vor Aufzug, \_\_\_\_\_ Stufen nach Aufzug

**Pflegestufe:** \_\_\_\_\_

vorhanden     beantragt

Pat. lebt allein

Pat. nicht alleinlebend: \_\_\_\_\_

**Patient benötigt zu Hause während des Tagesklinik-Aufenthaltes:**

keine Hilfe     Hauskrankenpflege     Laienhilfe, durch: \_\_\_\_\_

Sozialstation: \_\_\_\_\_

welche Hilfe: \_\_\_\_\_

**Angehörige / Bezugspersonen / Betreuung** (nur bei Erstantrag auszufüllen):

Name: \_\_\_\_\_

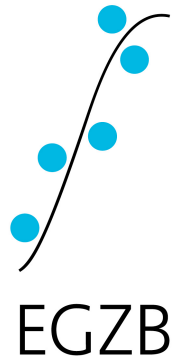
Anschrift: \_\_\_\_\_

Status: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Patient \_\_\_\_\_

**Anmeldegrund / Akutereignis** (+ behandlungsrelevante Komplikationen, + aktuelle neurolog. Defizite bei Apoplex):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle behandlungsrelevante Nebenerkrankungen / Geriatrische Marker:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kardiale Erkr.: _____              | <input type="checkbox"/> Pulmonale Erkr.: _____                     |
| _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Neurolog. Erkr. / Lähmungen: _____ | <input type="checkbox"/> Gelenkerkr. / WS-Erkr. / Amputation: _____ |
| _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes: _____                    | <input type="checkbox"/> Hypertonus: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Gastroint. Erkr.: _____            | <input type="checkbox"/> Urolog. Erkr. / Dialyse: _____             |
| <input type="checkbox"/> Karzinomerkr.: _____               | <input type="checkbox"/> Schmerzen: _____                           |
| <input type="checkbox"/> Mangelernährung: _____             | <input type="checkbox"/> Schluckstörung: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Demenz: _____                      | <input type="checkbox"/> Depression: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz: _____                 | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Dekubiti / Wunden / Ulzera: _____  |   |

**Aktueller Funktionsstatus / bisherige Behandlungsergebnisse** (bei Verlängerungsantrag):

Mobilität:

Transfers („Aufsetzen und Umsetzen“): \_\_\_\_\_

Aufstehen und Gehen (+ HM, + Gehstrecke): \_\_\_\_\_

Selbstversorgung:

Essen und Trinken: \_\_\_\_\_ Toilettenbenutzung: \_\_\_\_\_

Körperpflege: \_\_\_\_\_ An- und Auskleiden: \_\_\_\_\_

Weitere Tätigkeiten (IADL): \_\_\_\_\_

Kognition / Emotion / Kommunikation / Mentale Alterationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alltagsrelevante Behandlungsziele für die geriatrische teilstationäre Behandlung:**

- Medizin, Diagnostik / Therapie: \_\_\_\_\_
- Physiotherapie / physikal. Th.: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: \_\_\_\_\_
- Neuropsychologie: \_\_\_\_\_
- Logopädie: \_\_\_\_\_
- Sozialdienst: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt