

Anmeldebogen Geriatriische Tagesklinik

Per Fax: 089 / 4400 - 55430

Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ und Wohnort:
Krankenkasse: ☐ PKV, ☐ GKV	Tel. Nr. Patient/in:
Vor und Nachname der/des anmeldenden Ärztin/Arztes:	Tel.-Nr. /Funk Nr. für Rückfragen:
Name der/des Hausärztin/Hausarztes	Tel.-Nr. der/des Hausärztin/Hausarztes

Wichtige Patienteninformationen

Aktueller Pflegegrad: ☐ keiner, ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5, ☐ beantragt
Hilfsmittel: ☐ Rollstuhl, ☐ Rollator, ☐ Gehhilfe z.B. Gehstock ☐ keine
☐ Patientenverfügung, ☐ Vollmacht, ☐ gesetzliche Betreuung
Falls gesetzliche Betreuung bitte Name und Kontaktdaten der Betreuerin/ des Betreuers angeben:
Ist die Versorgung zu Hause gewährleistet: ☐ Ja, ☐ Nein, ☐ wird aktuell organisiert Wenn ja, durch wann werden die Leistungen erbracht: ☐ Selbständig, ☐ Angehörige, ☐ Ambulanter Dienst, ☐ sonstiges: _____
Name, Kontaktdaten:

Stationäre/ teilstationäre Behandlung bzw. Rehabilitation in den letzten 6 Monaten? ☐ Nein, ☐ Ja

Wenn Ja, bitte erläutern _____

Aktueller Einweisungsgrund: _____

Weitere Diagnosen: _____

**Bitte aktuellen/letzten Arztbrief/e mit Laborbefund/en & Medikamentenplan
mit senden**

Datum _____

Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____