



Zentrum für Altersmedizin-

Klinikum am Michelsberg Geriatriische Tagesklinik-

Chefärztin Frau Dr. S. Daiber, St. Getreu- Straße 18, 96049 Bamberg

Name:	(Aufkleber)
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Wohnort:	
Krankenkasse:	

Anmeldung per FAX: 0951-503-24609

Anmeldung per Telefon: 0951-503-24600

Anmeldender Arzt: _____
(Druckbuchstaben)

Telefonnummer: _____

Telefonnummer Patient : _____ (sehr wichtig)

Telefonnummer Angehörige: _____ / amb. Pflegedienst: _____

Hausarzt: _____ **Telefonnummer:** _____

Anmeldung durch: Hausarzt KaB/ Abteilung: _____ KaM/ Abteilung: _____

Sonstige: _____ (wenn akutstationär: Entlassungstermin: _____)

Stationär in den letzten 6 Monaten? Nein Ja Rehabilitation letzte 6 Monate? Nein Ja

Pflegestufe vorhanden? Nein Ja: welche: _____

Diagnosen: _____

(wenn vorhanden, bitte aktuelle Arztbriefe und Medikamentenplan)

Kognitiver Abbau? Nein unklar Ja, seit: _____ Depression? Nein unklar ja

Versorgung zuhause gewährleistet? Nein Ja wird organisiert

Hilfe im Alltag erforderlich ? Nein Ja, durch wen: _____

(Tel. Pflegedienst/ Angehörige/ Nachbarn) _____

Patient kann zum Transportfahrzeug kommen (incl. Treppen)? Ja mit Hilfe Nein (Ausschlusskriterium)

Hilfsmittel für Transport erforderlich? Rollator Stock/Gehstützen Rollstuhl _____

Behandlungsziele Diagnostik geriatrischer Syndrome (Stürze/Gehstörung, Synkopen, Unterernährung, Inkontinenz)

(mehrere möglich) Depressionsbehandlung Abklären und Therapieeinleitung bei kognitiven Defiziten

. Sturzprävention und Verbesserung der Mobilität Schmerzbehandlung

. Überwachen/Optimieren internistischer Therapie Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit

... Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder einer Höherstufung

.. Vermeidung von vollstationärer Behandlung