

DRK Kliniken Berlin Köpenick
Geriatrische Tagesklinik
Fax: (030) 3035 - 3729

Aufnahmeantrag Tagesklinik

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr. des Patienten: _____

Anschrift: _____

Versicherungs-Nr. _____

Kostenträger: _____

Versorgungsmodus (nur bei Erstantrag)

Patient wohnt in:

- Wohnung
 Ein/Mehrfamilienhaus
 PWH/Seniorenwohnhaus/betreutes Wohnen

- Aufzug vorhanden
 Kein Aufzug
_____ Etage

Pflegegrad: _____

vorhanden

beantragt

Pat. lebt allein

Pat. nicht alleinlebend

Anmeldegrund: Indikation / Hauptdiagnose und behandlungsrelevante Nebendiagnosen:

Behandlungsziele (diagnostisch, therapeutisch, rehabilitativ, präventiv, palliativ):

Teilbelastung: Nein Ja welche ? _____

Aktuelle Hilfsmittel: _____

Derzeitige Gehstrecke: _____

Wieviel Treppenstufen / Etagen: _____

Datum

Arzt(Name)/Unterschrift