



Telefon 030/3 00 01-0
Durchwahl 030/3 00 01- 544/545
Telefax 030/3 00 01- 445

Datum

Anmeldung in der geriatrischen Tagesklinik im Malteser-Krankenhaus Antrag auf Kostenübernahme für die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik im Malteser-Krankenhaus Berlin

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Adresse: _____ Fahrstuhl: _____ Etage: _____

Angehörige: _____

Adresse/Telefon: _____

Erstantrag

Verlängerungsantrag

derzeitiger Aufenthalt

zu Hause

Krankenhaus

Pflegeheim

ambulante Versorgung

ohne

Angehörige

Pflegedienst

Behandlungsdiagnose: _____

weitere Diagnosen: _____

Aktuelle Medikation: _____

Funktionsstatus/Beeinträchtigungen:

motorische Funktionen: selbstständig

mit Hilfe

nicht möglich

Laufen

Treppen steigen

Sich ankleiden

Sich waschen

Seite 1

**neurologische/gerontopsychiatrische
Beeinträchtigungen:**

- Schlaganfall wann: _____
Parese wo: _____
Schluckstörungen PEG
Aphasie/Dysarthrie
Demenz
Depression

weitere Beeinträchtigungen:

- Schmerzen
Mangelernährung
Urininkontinenz
Stuhlinkontinenz
Sturzgefahr

Therapie/Diagnostikbedarf:

medizinische Therapie/Diagnostik:

- Physiotherapie phys. Therapie Ergotherapie neuropsych. Therapie
 Logopädie Sozialdienst akt Pflege/Supervision

chir. Mitbehandlung

- Dekubitus
 sonstige Wunde: _____

- Frakturbelastbarkeit** voll Teilbelastung mit ____ kg bis _____
 Entlastung

Rehabilitationsziel: _____

beantragte Behandlungstage: _____

voraussichtliches Aufnahmedatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____
antragstellender Arzt

Freigabe	Bearbeitung	Version	Dokumentenlenkung	Gültig ab	Seite
CA Dr. J. Herrenkind	QM B. Langner	1	FB T-001	15.02.2015	2