



**Antrag auf geriatrische tagesklinische Behandlung
per Fax zu senden an: 0345 778-6442**

Name, Vorname des Versicherten	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
Telefonnummer	Pflegedienst
Anschrift	Hausarzt
	Telefonnr.:

Hauptdiagnose mit Fähigkeitsstörungen:

ICD-10-Code: _____ Akutereignis am: _____

Stationäre Aufnahme am: _____ OPS 8.550.____ erbracht ja nein

Weitere Diagnosen mit Fähigkeitsstörungen:

Medikation:

Soziales Umfeld:

geht unabhängig vom Therapieergebnis wieder nach Hause wieder ins Heim

häusliche Versorgung abgesichert: ja nein

Pflegedienst notwendig: ja nein

Betreuung: ja nein beantragt

Pflegeheimplatz beantragt: ja nein

Pflegegrad beantragt: ja nein

vorhandener Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Wohnung: Fahrstuhl Fahrstuhl/Treppe Treppe

Etage _____ Anzahl der Stufen _____

selbständiges Gehen: erreicht Pat. die Wohnung selbständig mit Hilfe

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator o. ä. | <input type="checkbox"/> UA-Gehstützen |
| <input type="checkbox"/> OS/US-Prothese | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> Suprapubische Fistel | <input type="checkbox"/> Urinalkondom | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Sonstige | |
-
-

Angaben zur Operation/Intervention:

Datum der Operation _____ Art der Operation _____

Angaben zum Verlauf/Komplikationen:

Im Falle von Frakturen/Gelenk-Ersatz-Operationen:

Die Extremität ist voll belastbar nicht belastbar
 nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum)

Barthel-Index (nach Hamburger Manual)

Essen	unabhängig – benutzt Geschirr und Besteck braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden total Hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Rollstuhltransfer	unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil) minime Assistenz oder Supervision kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer kann sich nicht selbst aufsitzen	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Persönliche Pflege	wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Toilette	unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier kann nicht auf Toilette	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Baden	badet ohne Hilfe badet mit Hilfe	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Bewegung	unabhängig, mindestens 5 m, ggf. mit Gehstützen geht ≥ 50 min mit geringer Hilfe geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl ≥ 50 m kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	unabhängig, ggf. mit Gehhilfe braucht Hilfe oder Supervision kann nicht Treppen steigen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Ankleiden	unabhängig, inkl. Schuhe anziehen hilfsbedürftig – kleidet sich mind. zur Hälfte selbst an total hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	kontinent kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent dauernd inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	kontinent – kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	<input type="checkbox"/> 10
	teilweise inkontinent – braucht Hilfe beim Katheter	<input type="checkbox"/> 5
	inkontinent – kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	<input type="checkbox"/> 0
Gesamtpunktwert		

Geplante Maßnahmen in der Tagesklinik:

	täglich	wöchentlich	(1 x	2 x	3 x)	Gruppen-/Einzelbehandl.	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitwirkung bei Therapie und Pflege:

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv

Medikamentöse Therapieoptimierung:

Individuelle Behandlungsziele:

geplanter Behandlungsbeginn: _____ **beantragte Behandlungstage:** _____

Datum, Unterschrift
(ggf. Stempel)
