

## Anmeldung Tageszentren

### Ärztliches Zeugnis

#### Patientin / Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Hauptdiagnose

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Nebendiagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Allergien

\_\_\_\_\_

**MMS-Punkte** \_\_\_\_\_ von 30

**Aktuelle Medikation** (Oder aktuelle Medikamentenliste als Beilage zustellen. Wir werden Sie alle sechs Monate um eine aktualisierte Medikamentenliste bitten.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Im Rahmen des Mobilitätsprogramms wird im Tageszentrum Therapie angeboten.

Sind Sie damit einverstanden, dass die Ärztin/der Arzt des Pflegezentrums die Verordnung für die Krankenkasse übernimmt. **Ja**  **Nein, ich übernehme die Verordnung**

**Reanimation** Rea Ja  Rea Nein

#### Anmeldende/r Hausärztin/Hausarzt

Datum \_\_\_\_\_

Stempel Ärztin/Arzt

Unterschrift \_\_\_\_\_

Beilagen:

\_\_\_\_\_

**Dieses Formular gilt als Antrag für die Kostengutsprache an die Krankenkassen.**