**Zentrum Gesundheit im Alter**

Hardturmstrasse 131| 8005 Zürich

+41 44 342 50 00

anmeldung.age-medical@hin.ch

www.age-medical.ch

# page1image36663680Anmeldung zur Geriatrischen Abklärung

## Patientendaten

Name:       Vorname:       Geburtsdatum:

Adresse:       Telefon:

Kontaktperson:       Telefon:

Versicherung:       VEKA-Nr.:

## Zuweisungsgrund / Gewünschte Untersuchung:

Kognitive Abklärung / Gedächtnissprechstunde

Urteilsfähigkeitsabklärung

Standortbestimmung: geriatrisch  gerontopsychiatrisch palliativmedizinisch

Ort der Abklkärung: Praxis Age Medical  zuhause  im Heim

PRINTS-Assessment *(Pre-interventional Assessment in Senior Patients)*

## Fragestellung / Aktuelle Problematik / / Bemerkungen (alternativ als Zuweisungsschreiben)

## Patienteninformationen (alternativ als Zuweisungsschreiben)

Diagnosen:

Medikamente:

Bermerkungen:

## Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name / Praxis:       Telefon:

Datum       E-Mail:

Bitte übermitteln Sie relevante Berichte separat via Mail oder Post. Danke!