

Anmeldung zur Geriatrischen Abklärung

1 Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ Telefon: _____
Kontaktperson: _____ Telefon: _____
Versicherung: _____ VEKA-Nr.: _____

2 Zuweisungsgrund / Gewünschte Untersuchung:

Kognitive Abklärung / Gedächtnissprechstunde
Urteilsfähigkeitsabklärung
Standortbestimmung: geriatrisch gerontopsychiatrisch palliativmedizinisch
Ort der Abklärung: Praxis Age Medical zuhause im Heim
PRINTS-Assessment (*Pre-interventional Assessment in Senior Patients*)

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

4 Patienteninformationen (alternativ als Zuweisungsschreiben)

Diagnosen: _____
Medikamente: _____
Bemerkungen: _____

5 Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name / Praxis: _____ Telefon: _____
Datum _____ E-Mail: _____

Bitte übermitteln Sie relevante Berichte separat via Mail oder Post (s.o.). Danke.