**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.:

Ort der Abklärung: [ ]  Praxis Age Medical [ ]  zuhause [ ]  im Heim

## Zuweisungsgründe für die geriatrische Abklärung (bitte zutreffendes ankreuzen)

[ ]  ***Kognitionsabklärung*** / Memory Clinic

[ ]  Einschätzen der ***Urteilsfähigkeit***

[ ]  ***Sturzabklärung***, Verschlechterung des Gangbildes

[ ]  Nachlassen der Leistungsfähigkeit, ***Verdacht auf Frailty und / oder Sarkopenie***

[ ]  Gewichtsverlust, ***Malnutrition***

[ ]  Verdacht auf ***Depression,*** sozialer Rückzug

[ ]  ***Polypharmazie*** und Wunsch nach Medikamentenreduktion

[ ]  ***Präoperative Einschätzung*** vor elektivem Eingriff zur Risikominimierung

[ ]  ***Geriatrische Onkologie***: Assessment zu Einschätzung der Therapiefähigkeit

[ ]  zunehmender Pflegebedarf, ***Dekompensation des häuslichen Umfeldes***

[ ]  ***Advance Care Planning*** bei chronisch fortschreitenden Erkrankungen

[ ]  Anderes:

## 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!