**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!