

## Anmeldung zur Geriatrischen Abklärung

### 1 Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_ VEKA-Nr.: \_\_\_\_\_  
Ort der Abklärung:  Praxis Age Medical  zuhause  im Heim

### 2 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:

### 3 Patienteninformationen (alternativ als Zuweisungsschreiben)

Diagnosen:  
Medikamente:  
Bermerkungen:

### 4 Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name / Praxis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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