

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!