

Zuweisung / Anmeldung zur geriatrischen Abklärung

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ Telefon: _____
Kontaktperson / Bezugsperson: _____ Telefon Bezugsperson: _____
Versicherung: _____ Vers. Karten Nr.: _____
Hausarztpraxis informiert?: ☐ Ja ☐ Nein ☐ unklar Hausarztmodell?: ☐ Ja ☐ Nein ☐ unklar
Ort der Konsultation: ☐ Praxis Geriva ☐ Hausbesuch ☐ Institution / Pflegeheim ☐ Telefon / Video

Zuweisungsgründe / Fragestellung

- | | |
|--|---|
| ☐ Kognition / Verhaltensveränderungen | ☐ Depression im Alter / sozialer Rückzug |
| ☐ Sturzangst, Stürze oder Verschlechterung des Gangbildes | ☐ Mobilität, allgemeine Schwäche, Verdacht auf Frailty / Sarkopenie |
| ☐ Schmerzen oder belastende Beschwerden | ☐ Entscheidungsfindung, Advance Care Planning / palliative Situation |
| ☐ Zunehmender Pflegebedarf / Belastung des Umfeldes | ☐ Geriatrisches Konsilium / medizinische Einschätzung |
| ☐ Gesundes Altern / Prävention | |
| ☐ Anderes: | |

Patienteninformationen / Beilagen

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Bitte wenn möglich beilegen: | ☐ Aktuelle Diagnosenliste |
| | ☐ Aktuelle Medikamentenliste |
| | ☐ Konkrete Fragestellung |
| Falls für die Fragestellung relevant: | ☐ Letztes Labor |
| | ☐ Befund cMRI/ cCT |
| | ☐ Spital- / Rehabericht |
| Falls vorhanden: | ☐ Neurologische oder kognitive Abklärungsergebnisse |
| | ☐ Pflegebericht / Beobachtungen aus dem Alltag |
| Bemerkungen / Fragestellung: | |

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt /

Name / Praxis / Institution:	Kontaktperson / Funktion:
Telefon:	E-Mail / HIN:
Datum:	Unterschrift / Stempel: