

Anmeldung ambulantes Geriatriezentrum Rheintal

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Wohnort

Tel. Nr. (Patient)

Kontaktperson

Tel. Nr. (Angehörige)

Kostenträger

Aufbietung über:

- Hausarzt
 Angehörige
 Patient selbst

Kontaktdaten:

Fragestellung:

Klinische Befunde:

Medikamente:

Angaben über Voruntersuchungen:
(falls vorhanden)

Demenzabklärung- oder Beratung bei fortgeschrittener Demenz (sonst
Anmeldung Memory Clinic)

Ambulante Sturzabklärung

Geriatrische Sprechstunde

Geriatrisches Assessment

Sprechstunde integrative Medizin für geriatrische Patienten

Sprechstunde Palliative Care für geriatrische Patienten

Anderes:

Zuweisender Arzt:

Datum:

Formular senden an: akutgeriatrie@srrws.ch

Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!