

ANMELDUNG GERIATRIE

PATIENTEN-DATEN

Nachname: Vorname: Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Wohnsituation: zu Hause Betreutes Wohnen Pflegeheim, wo?

Pflegedienst: nein ja, welcher?

DATEN DER KONTAKTPERSON (ANGEHÖRIGER):

Nachname: Vorname:

Telefon:

HAUSARZT:

Name:

Anschrift:

FACHARZT (EINWEISENDER ARZT):

Name:

Anschrift:

DIAGNOSE FÜR KOMPLEXBEHANDLUNG:

.....

KRANKENKASSE:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Zahlungsbefreiung: ja nein

Art der Versicherung: gesetzlich privat Selbstzahler

ZIELE DES INTERDISZIPLINÄREN THERAPIEPROGRAMMS (BITTE ANKREUZEN):

- Verbesserung von Mobilität, Gangsicherheit, Gleichgewicht und Kraft
- Strategien für den Alltag, Anwendung von Hilfsmitteln erlernen
- Verbesserung der Körperfunktion im Bereich Feinmotorik und Beweglichkeit
- psychische Verbesserung und Schmerzbewältigung
- Erhalt und Verbesserung der vorhandenen psychosozialen kognitiven Ressourcen
- Erhalt und Verbesserung der Sprachfähigkeit
- Andere:

Relevante Berichte und die aktuelle Medikamentenliste sind bitte mitzusenden!