

Anmeldung Geriatriische Institutsambulanz GIA

Patientendaten:

Name, Vorname: _____
 geb. am: _____
 Anschrift: _____

 Tel.-Nr.: _____
 Angehöriger: _____
 Tel.-Nr.: _____

Anmeldung durch: (Praxisstempel)

Diagnose: _____

relevante Nebendiagnosen: _____

Fragestellung an die GIA: _____

Barthel-Index: Punkte Pflegegrad: Fahrdienst notwendig? O Nein O Ja

Orientierung:

- keine Einschränkung
- zeitweise eingeschränkt
- desorientiert

Wohnsituation:

- eigene Wohnung
- Betreutes Wohnen
- Pflegeheim

Mobilität:

- unabhängig
- in Begleitung: _____
- mit Hilfsmittel: _____

Starke Sehbehinderung? Nein Ja Offene Wunden? Nein Ja, _____

Starke Hörbehinderung? Nein Ja Verständigungsprobleme? Nein Ja, _____

Multiresistente Erreger? Nein Ja Sprachbarriere? Nein Ja

Inkontinenz? Nein Ja Geistige Behinderung? Nein Ja

Sonstiges: _____

 Datum

 Unterschrift Überweiser / Stempel

Wir benötigen:

Relevante Epikrisen, relevante MRT-/CT-/Röntgen-Befunde, aktuellen Medikamentenplan, Überweisungsschein für GIA, falls notwendig Transportscheine zur GIA (Geriatriische Tagesklinik) und nach Hause.

Wir bitten um Übersendung der Unterlagen an:

Helios Klinikum Aue, Klinik für Geriatrie & Frührehabilitation, Sekretariat GIA, Gartenstr. 6, 08280 Aue

Fax: 03771/58-2302, Email: sindy.bochmann@helios-gesundheit.de

Tel. für Rückfragen: 03771/58-2301

