

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:

O keine Einschränkung
 O zeitweise eingeschränkt
 O desorientiert

Wohnsituation:

O eigene Wohnung
 O Betreutes Wohnen
 O Pflegeheim

Mobilität:

O unabhängig
 O in Begleitung: _____
 O mit Hilfsmittel: _____

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

Starke Hörbehinderung? O Nein O Ja Verständigungsprobleme? O Nein O Ja, _____

Multiresistente Erreger? O Nein O Ja Sprachbarriere? O Nein O Ja

Inkontinenz? O Nein O Ja Geistige Behinderung? O Nein O 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