

Geriatrische Tagesklinik
Rorschacherstrasse 94
9000 St. Gallen
tagesklinik@geriatrie-sg.ch

Anmeldung Geriatriische Tagesklinik

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Vers. Nummer _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Soziale Situation: _____

➔ **Diagnose und Relevante Berichte mitsenden**

➔ **Medikamente aktuelle Liste mitsenden**

Ziele des interdisziplinären Therapieprogramm

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität: Gangsicherheit
Gleichgewicht und Kraft | <input type="checkbox"/> Strategie für den Alltag und
Anwendung von Hilfsmitteln erlernen |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Körperfunktionen im Bereich
Feinmotorik, Beweglichkeit und Schmerz | <input type="checkbox"/> Psychische Verbesserung / Stabilisierung |
| <input type="checkbox"/> Erhalt und Verbesserung der vorhandenen
kognitiven Ressourcen | <input type="checkbox"/> Psychosoziale Begleitung / Tagesstruktur |
| <input type="checkbox"/> Erhalt und Verbesserung der Sprachfähigkeit | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Tagesklinik erwünscht ab: _____

Datum:

Einweisender Arzt:

Hausarzt: