



## Anmeldung Akutgeriatrie und Frührehabilitation

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Strasse

---

PLZ / Wohnort

---

Tel. Nr. (Patient)

---

Kontaktperson

---

Tel. Nr. (Angehörige)

---

Kostenträger

---

Untersuchung/Behandlung  
gewünscht in:

Altstätten

Walenstadt

ambulant

stationär

Aufbietung über:

Hausarzt

Kontaktdaten:

Angehörige

---

Patient selbst

---

---

Fragestellung:

---

Klinische Befunde:

---

Medikamente:

---

Angaben über Voruntersuchungen:  
(falls vorhanden)

---

Akutgeriatrische stationäre Behandlung

Demenzabklärung (bei fortgeschrittener Demenz), sonst Anmeldung  
Memory Clinic

Sturzabklärung

Geriatrische Behandlung

Geriatrisches Assessment

**Anderes:**

---

**Zuweisender Arzt:**

**Datum:**

**Stempel:**

---

|  |
|--|
| <p><b>Formular senden an: <a href="mailto:akutgeriatrie@srrws.ch">akutgeriatrie@srrws.ch</a></b></p> |
|--|

---

**Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!**