

Spital Altstätten T +41 71 757 4329 akutgeriatrie@srrws.ch
Spital Walenstadt T +41 81 736 1509 akutgeriatrie@srrws.ch

ANMELDUNG MEMORY CLINIC

Spital Altstätten

Spital Walenstadt

Angaben Zuweiser / in

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Angaben Patient / in

Name

Vorname

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Kostenträger

Begleitperson (Bezugsperson) bei Demenzabklärung (max. 2)

Name

Vorname

Tel. Nr.

Name

Vorname

Tel. Nr.

Diagnosen

Aktuelle Medikation (inkl. Dosierung)

Spezielle Fragestellung / Bemerkung

Bitte Laborwerte, Röntgen Thorax, cCT oder Schädel-MRI (falls vorhanden) den Patient / innen mitgeben (möglichst als CD-ROM). Danke.

Datum
