

# Anmeldung Geriatrische Ambulanz

### Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Ort

Telefonnummer des Patienten (wichtig für die telefonische Terminvereinbarung):

Telefonnummer und Name von Kontaktperson/Angehörigem:

### Wichtig - Bitte denken Sie an:

- Überweisungsschein
- Arztberichte—falls vorliegend
- Medikamentenplan
- die Versichertenkarte

Diagnosen / Fragestellung :

Es besteht ein aufwendiger geriatrischer Versorgungsbedarf. Folgende Symptome liegen vor:

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie                       Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

### Bitte senden Sie uns anbei:

- Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments (nicht länger als ein Quartal zurückliegend), entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360.
- Vorbestehende Befunderhebungen, Arztbriefe, Laborbefunde, Medikationsplan

Wir setzen das Einverständnis der Patienten in die Datenübermittlung freundlich voraus.

Mg. Dr. med. Mimoun Azizi M.A.    Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie    AKH Celle

bitte per **E-Mail** an [angela.meyer-francis@akh-celle.de](mailto:angela.meyer-francis@akh-celle.de)  
oder per **Fax** an 05141 72-2378 senden