

Aanmelding Patiënt Geriatrisch Dagziekenhuis

Naam patiënt:

Geboortedatum van de patiënt:

Telefoonnummer van patiënt of mantelzorger:

Adres van de patiënt:

.....

.....

Is patiënt bekend	• in ons ziekenhuis?	Ja	Nee
	• op dienst geriatric?	Ja	Nee

Reden voor pluridisciplinaire geriatrische evaluatie:	• Vallen	O
	• Mentale achteruitgang/geheugen	O
	• Achteruitgang algemene toestand	O
	• Slechte eetlust/vermagering	O
	• Achteruitgang mobiliteit	O
	• Anemie	O
	• Transfusie	O
	

Heeft de patiënt een bed nodig tijdens verblijf op dagziekenhuis? Ja Nee

Is de patiënt begeleid gedurende de dag? Ja Nee

Naam van de verwijzende arts:

Telefoonnummer van de verwijzende arts:

Wanneer best te contacteren op vrijdag: Voormiddag van.....tot

Namiddag vantot

Datum aanvraag:

Handtekening:

Stempel: