



## Anmeldung Geriatrie

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht

Stationär       Ambulant

**Kontakt Daten Angehörige**  
Name  
Telefon

**Einweisungsgrund**

**Diagnosen**

**Fragestellung**

**Medikamente**

**Zuweisender Arzt**

Datum	Tel.	Fax
	GLN	ZSR

**Elektronische Übermittlung**  
Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.