

Ansuchen geriatrischer Konsiliardienst (GEKO)

DATEN des Patienten:

| | |
|----------------------------|-------------------------|
| Familienname: | Vorname: |
| Geb. Datum: | Vers. Nummer: |
| Sozialversicherungsträger: | Name Pflegeheim: |
| Adresse: | Tel. Nr. Patient/Heim: |
| Kontaktperson (Name) | Tel. Nr.: |

ZUWEISENDER HAUSARZT:

| | |
|-------|----------|
| Name: | Tel. Nr. |
|-------|----------|

FRAGESTELLUNG:

DIAGNOSEN:

WICHTIGE INFORMATIONEN:

Datum:

Unterschrift des Arztes: