



Aanmelding patiënt Geriatriesch Dagziekenhuis

Geachte collega

Hiermee verwijst ik mijn patiënt voor een pluridisciplinaire geriatriesche evaluatie op het geriatriesch 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 geriatrie? Ja Nee

Reden van verwijzing: - achteruitgang mobiliteit / vallen
 - mentale achteruitgang/geheugen
 - achteruitgang algemene toestand
 - slechte eetlust/vermagering
 - anemie/transfusie
 - toediening medicatie via IV
 - investigatie (verschillende OZ)
 - urinaire incontinentie
 - faecale incontinentie
 - revalidatie

Medicatie:

1. Neemt de patiënt medicatie? Zo ja, welke?

Product	Dosis	Frequentie
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

3. Is de patiënt begeleid gedurende de dag? Ja Nee

Naam van de verwijzende arts:
 Telefoonnummer van de verwijzende arts:

Datum:

Handtekening:

Deze aanvraag faxen naar: 011 69 96 08 of mailen naar: all_dr_inwendige@stzh.be