

Bereich: GEKO-Leitstelle Graz	Zuweisung zum Geriatrischen Konsiliardienst (GEKO)	 GERIATRISCHE GESUNDHEITZENTREN
Verantwortlicher: OA Dr. Andreas KÖCK		
Version: 1.0		

Stammdaten PatientInnen

Vorname	_____	Familienname	_____
Geboren am	_____	SV-Nummer	_____
Pflegeheim	_____		

Diagnose

Fragestellung

Wunschtermin für GEKO: _____

ANFORDERUNGEN (beispielhaft)

Polypharmazieboard	<input type="checkbox"/> ja
Beratung zur Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> ja
Beratung zur medizinischen Behandlungsplanung	<input type="checkbox"/> ja
Beratung zur Behandlungsplanung bei chronischen Wunden	<input type="checkbox"/> ja
Beratung zur pflegerischen Fragestellung	<input type="checkbox"/> ja
Vorsorgedialog (VSD) - Angehörigengespräch	<input type="checkbox"/> ja

Hausarzt/Hausärztin

Datum	Unterschrift & Stempel