



Anmeldung Tageszentren Ärztliches Zeugnis

Patient*in

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Allergien

MMS-Punkte _____ von 30

COVID-Impfung ja

Wirkstoff: _____

Impfdaten: _____

COVID-Impfung nein

Bemerkungen: _____

COVID-Erkrankungen durchgemacht

nein ja Wann: _____

Aktuelle Medikation (Oder aktuelle Medikamentenliste als Beilage zustellen. Wir werden Sie alle sechs Monate um eine aktualisierte Medikamentenliste bitten.)



Im Rahmen des Mobilitätsprogramms wird im Tageszentrum Therapie angeboten.

Sind Sie damit einverstanden, dass die Ärzt*in des Gesundheitszentrums für das Alter die Verordnung für die Krankenkasse übernimmt?

Ja **Nein, ich übernehme die Verordnung**

Reanimation Rea Ja Rea Nein

Anmeldende*r Hausärzt*in

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Stempel Ärzt*in)

Beilagen:

Dieses Formular gilt als Antrag für die Kostengutsprache an die Krankenkassen.