



## Anmeldung Tageszentren Ärztliches Zeugnis

### Patient\*in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Hauptdiagnose

\_\_\_\_\_

### Nebendiagnosen

\_\_\_\_\_

### Allergien

\_\_\_\_\_

MMS-Punkte \_\_\_\_\_ von 30

**Aktuelle Medikation**(Oder aktuelle Medikamentenliste als Beilage zustellen. Wir werden Sie alle zwölf 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.**

