

## Anmeldung für Sturzabklärung

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m      w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus**      Krankheit      Unfall      IV      IV beantragt  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

**Bei Fremdsprachigkeit Muttersprache des Patienten**      englisch      französisch      italienisch  
andere \_\_\_\_\_

### Grund der Zuweisung/Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allfällige für Sturzprävention relevante zusätzliche Informationen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Einweisender Arzt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Überweisung beizulegen. Der Patient wird nach Eingang der Überweisung direkt von uns aufgeboten.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an das Basel Mobility Center senden**