

Tervishoiuasutus _____ Kood [][][][][][]
Aadress _____ Postikood _____
Linn/Vald _____ Maakond _____

GERIAATRILISE SEISUNDI HINDAMISE KOKKUVÕTE

Patsiendi

Ees- ja perekonnanimi _____
Isikukooc [][][][][][][][][][][][][][][][][] Sünniaeg _____
Registreerimisnumber (siku RAI hindamise nr) _____

Põhiprobleemid

Arst _____

Õde _____

Sotsiaaltöötaja _____

Geriaatriameeskonna kokkuvõtte peamistest lahendamist vajavatest probleemidest

Sekkumise ressursid ja piirangud _____

Edaspidine tegevus

Edasise tegevuse eesmärgid _____

Edasise tegevuse plaan _____

Järgmise hindamise vajadus _____

Kokkuvõtte tegemise kuupäev _____

Geriaatriameeskonna liikmed:

	Nimi	Amet	Allkirj
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____