

Anmeldung zur Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments

Praxis

Rückrufnummer

Gewünschter Rückrufzeitraum (bitte Termine/Zeiträume zur Auswahl)

Name des Patienten

Geburtsdatum und Alter des Patienten

Erfüllt besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufgrund folgender Kriterien:
(zutreffendes bitte ankreuzen) – **zwei** müssen vorhanden sein

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI

Zusätzlich muss vorhanden sein (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.
- Medikationsliste (gern auch beigefügte Kopie):

Datum/ Unterschrift Arzt