



Anmeldende Praxis

Name, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Adresse

Kontaktperson mit Telefon

Diagnosen (ggf. mit Datum Akut-Ereignis / OP)

Zusatzinformationen (z.B. Mobilität, Sozialanamnese), Fragestellung

Erfüllt besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufgrund folgender Kriterien:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI und mindestens eines der folgenden Symptome oder
- zwei der folgenden Symptome:
 - 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
 - Therapiefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

Zusätzlich muss vorhanden sein (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments (nicht länger als ein Quartal zurückliegend), entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360
- Medikationsplan

Datum

Unterschrift Arzt mit Telefonnummer (möglichst Durchwahl)