

Anmeldende Praxis mit Telefonnummer

Name, Geburtsdatum des Patienten

Adresse

Kontaktperson mit Telefon

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

Zusatzinformationen (z. B. Mobilität, Sozialanamnese)

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(en)
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

Zusätzlich muss vorhanden sein (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments (nicht länger als ein Quartal zurückliegend), entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360
- Medikationsliste (gern auch als beigefügte Kopie)

Datum

Unterschrift Arzt

- Bitte neue Formulare zusenden**