

Bitte an folgende Faxnummer senden **06261 83-153**

Anmeldende Praxis inkl. Kontaktdaten:

Name der Patientin / des Patienten

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

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Gebrechlichkeit (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlich 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 der Anmeldung beigelegt werden (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die Ergebnisse des geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen
- Medikationsliste (gern auch als beigelegte Kopie)
- Überweisungsschein für die GIA bitte mit oben genannten Befunden mitfaxen und als Original per Post zusenden
- Vorhandene Befundberichte der letzten zwei Jahre

Datum

Stempel / Unterschrift Ärztin / Arzt